

A Direção Técnica e o Sistema de Gestão da Qualidade nas Comunidades Terapêuticas

Helena Maria Ferreira Rosa

Dissertação de Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social

Orientador: Professor Doutor Cristóvão Margarido

Setembro, 2025

*“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original”*

Oliver Wendell Holmes Sr.

Agradecimentos

O culminar deste trabalho é o produto de um caminho de muita aprendizagem, muita dedicação, desafios constantes, um caminho de muita resiliência e crescimento mais que académico, pessoal. Nenhuma conquista da minha vida é fruto exclusivamente individual, pois de uma forma ou de outra aqueles que me acompanham durante o caminho da conquista merecem igualmente o seu reconhecimento. E por isso o meu reconhecimento vai hoje, para eles:

- Ao meu companheiro de vida que para além de me incentivar a crescer sempre mais a nível académico e pessoal, foi sempre o meu porto seguro nas horas mais aflitas e o meu maior opositor nos debates académicos que me fez desmistificar muitos dogmas para que eu pudesse amadurecer sempre mais o meu pensamento. O meu muito obrigada pela paciência, compreensão e amor.

- Aos meus pais, que sempre se mostraram disponíveis para me apoiar nas minhas decisões, que sempre me ajudaram com tudo aquilo que estava ao seu alcance para que nunca desistisse de avançar e assim o fiz;

- Em geral à minha família, mas em especial ao meu avô Fernando, que sempre me disse que “parar é morrer” e para procurar saber sempre mais e para nunca me conformar com os meus saberes;

- A todos os Diretores Técnicos das Instituições pelas quais passei, pelo acolhimento, receção e disponibilidade, por acreditarem na causa e procurarem todos os dias fazer mais e melhor;

- Ao Professor Doutor Cristóvão Margarido pela disponibilidade, paciência, pela orientação de pensamento, pelos reforços positivos, pela capacidade de amenizar as minhas incertezas e por ser sempre a resolução dos meus problemas;

- E por último, ao mais importante, o meu amor mais pequenino que começou a crescer dentro de mim no meio deste percurso e que fará de mim mãe em breve.

Resumo

Cada vez mais as Comunidades Terapêuticas assumem uma importância diferencial na reabilitação de indivíduos com problemas de dependências. Numa altura em que os desafios dessa intervenção se tornam cada vez mais difíceis, pretendeu-se apurar de que forma e até que ponto é que os Sistemas de Gestão da Qualidade, contribuem para uma melhoria da intervenção terapêutica neste ambiente.

A investigação pretende perceber a importância do Sistema de Gestão da Qualidade implementados em Comunidades Terapêuticas no tratamento dos toxicodependentes a partir da voz dos seus Diretores Técnicos.

Através de uma de uma abordagem qualitativa em que foram inquiridos 4 Diretores Técnicos, 1 deles dirigente de uma Comunidade Terapêutica com o Modelo de Gestão ISO 9001 implementado, outro deles dirigente de uma Comunidade Terapêutica com o Modelo de Gestão EQUASS Assurance certificado e outros 2 dirigentes de Comunidades Terapêuticas sem qualquer tipo de Sistema de Gestão da Qualidade.

A investigação demonstra que, apesar de ser valorizada a qualidade na intervenção terapêutica, existem algumas opiniões divergentes quanto à sua necessidade de implementação. As comunidades com modelos implementados reconhecem vantagens na organização da parte burocrática e na melhoria contínua, cuja mesma afeta na reabilitação dos utentes.

No entanto, as comunidades sem modelos implementados apontam como desvantagens a burocracia necessária, os custos financeiros e alteração da dinâmica e espontaneidade da comunidade.

Apresentam-se como resultados que o Sistema de Gestão da Qualidade é um instrumento que fomenta a qualidade na intervenção terapêutica, no entanto, o capital humano não pode ser substituído pelo mesmo, pois é o cuidado e comprometimento dos colaboradores das Comunidades Terapêuticas que criam resultados terapêuticos positivos e diferenciados.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Gestão da Qualidade; Diretores Técnicos; Qualidade da Intervenção; EQUASS; ISO 9001.

Abstract

Therapeutic Communities are increasingly recognized as key structures in the rehabilitation of individuals with substance dependence. At a time when the challenges of intervention are becoming more complex, this research aimed to assess how, and to what extent, Quality Management Systems contribute to the improvement of therapeutic practices within these environments.

The study focuses on understanding the importance of Quality Management Systems implemented in Therapeutic Communities, based on the perspectives of their Technical Directors. A qualitative methodology was employed, involving four interviews: one with the director of a Therapeutic Community implementing the ISO 9001 model, another with a director of a Therapeutic Community certified under the EQUASS Assurance model, and two directors of Therapeutic Communities without any formal quality system in place.

Findings reveal that although the quality of therapeutic intervention is widely valued, opinions diverge on the need for formal Quality Management Systems implementation. Communities with quality models report benefits such as improved administrative organization and continuous enhancement, which positively influence user rehabilitation. Conversely, those without formal systems highlight disadvantages such as bureaucratic complexity, financial costs, and concerns over potential loss of spontaneity and community dynamics.

The results suggest that while Quality Management Systems are effective tools in fostering the quality of therapeutic interventions, they cannot replace human capital. It is ultimately the care, dedication, and commitment of the professionals in Therapeutic Communities that generate positive and differentiated therapeutic outcomes.

Keywords: Therapeutic Communities; Quality Management; Technical Directors; Intervention Quality; EQUASS; ISO 9001.

Lista de Siglas e Abreviaturas

CAT - Centro de Apoio a Toxicodependentes

CEJ - Centro de Estudos da Juventude

CEPD - Centro de Estudos da Profilaxia da Droga

CICD - Centro de Investigação e Controle da Droga

CIJD - Centro de Investigação Judiciária da Droga

CT - Comunidade Terapêutica

DGS - Direção-Geral da Saúde

DT – Diretor/a Técnico/a

EQUASS - European Quality in Social Services

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

ISO - International Organization for Standardization

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPAT - Serviço de Prevenção e Atendimento a Toxicodependentes

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

1. Capítulo I – Introdução	8
2. Capítulo II – Enquadramento Teórico	10
2.1. Toxicodependência	10
2.1.1. Conceito e a sua Evolução	10
2.1.2. Dependência: física e psicológica	12
2.1.3. Classificação das Drogas e Efeitos	14
2.1.4. Tipos de Consumos	14
2.1.5. Toxicodependência em Portugal e Evolução da Legislação Aplicável	16
2.2. Comunidades Terapêuticas	18
2.2.1. Conceito e Evolução Histórica	18
2.2.2. Estrutura e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas	20
2.2.3. Modelos e Abordagens Terapêuticas	23
2.3. Qualidade	25
2.3.1. Definição de Qualidade	25
2.3.2. A Qualidade nas Organizações Sociais	26
2.3.3. Sistema de Gestão da Qualidade nas Organizações Sociais	27
2.3.4. Modelos de Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade nas Organizações Sociais	28
2.3.5. Implementação e Desafios do SGQ em Organizações Sociais	32
3. Capítulo III - Contexto Metodológico	34
3.1. Objetivos Gerais	34
3.2. Objetivos Específicos	34
3.3. Abordagem qualitativa	35
3.4. Caracterização dos Entrevistados e Instituições	37
3.4.1. População e Universo em Estudo	37
4. Capítulo IV – Análise e Discussão de Resultados	40
4.1. Modelos de Gestão da Qualidade Aplicados	40
4.2. Processo de Escolha do Modelo e Implementação	43
4.3. Procedimentos e Desafios na Implementação e Manutenção	45
4.4. Qualidade do Tratamento e Reinserção	49
6. Capítulo VI – Bibliografia	55
7. Capítulo VII – Apêndices	61

1. Capítulo I – Introdução

Esta investigação foi elaborada no âmbito do Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social. O tema surge, inicialmente, pelo gosto pessoal em Sistemas de Gestão da Qualidade e a área de atuação, pela minha familiaridade a nível profissional com Comunidades Terapêuticas.

Um dos desafios mais complexos e constantes na área da intervenção social e da saúde mental são as dependências, sejam elas de que origem for, químicas ou comportamentais. O impacto destas mesmas dependências na vida dos indivíduos que as possuem, nas suas famílias e meios envolventes impõem que sejam criadas respostas que possam tratar desta problemática e que ao mesmo tempo promovam autoestima, dignidade e respeito pela pessoa em reabilitação.

Neste seguimento, as Comunidades Terapêuticas traduzem-se nessas respostas e assumem um papel fundamental na reabilitação dos indivíduos, proporcionando-lhes um ambiente seguro, tranquilo e livre de estímulos exteriores que lhes permita dedicarem-se ao seu desenvolvimento pessoal, social e muitas vezes profissional também.

Com a evolução das práticas, e exigências legais e institucionais, surge a necessidade de garantir que os serviços prestados são regulados por aferidores de qualidade e rigor, promovendo a eficiência e a melhoria continua dos mesmos.

Nos últimos anos, a gestão da qualidade transformou-se em algo essencial para a sustentabilidade e eficiência das organizações de intervenção social.

A palavra “qualidade” é facilmente, nos dias de hoje, associada à palavra “excelência” seja de um serviço ou de um produto. Para podermos creditar algo com essa mesma palavra temos de saber a quem o produto ou serviço se destina e qual a expectativa acerca do mesmo. Segundo Bento & Lucena (2017), *“A proposta do Sistema de Gestão da Qualidade é essa: identificar, organizar e gerenciar os processos de uma organização.”*

De uma forma geral, a adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade proporciona às instituições uma estrutura organizada e padronizada para os processos internos, garantindo que as práticas e procedimentos sejam consistentes e eficazes.

Isso é crucial num ambiente onde a consistência e a confiabilidade dos serviços podem impactar diretamente na recuperação dos utentes. Um SGQ bem implementado assegura que todos os aspetos do atendimento, desde a admissão até a alta programada dos utentes, se orientem por padrões rigorosos de qualidade, minimizando os riscos e os erros.

A implementação de um SGQ também contribui para a transparência e a prestação de contas, tanto internamente quanto para os *stakeholders*, incluindo familiares dos utentes, financiadores e órgãos reguladores. A transparência gera confiança e credibilidade, que são fatores indispensáveis para a sustentabilidade das Comunidades Terapêuticas.

Ao demonstrar um compromisso com a qualidade e a segurança, essas instituições podem fortalecer as suas parcerias e garantir recursos contínuos para a sua missão e objetivos.

Cada vez mais encontramos uma variedade de instituições para os mesmos públicos-alvo e isso obriga-as a corresponder a determinadas exigências por parte dos futuros clientes. Mas será que as Comunidades Terapêuticas são instituições onde realmente o Sistema de Gestão de Qualidades faz sentido?

Não se sabe. Este é um tema do qual, até agora, não encontro estudos feitos, pelo que, sendo uma pioneira na temática, é algo que me desafia e entusiasma.

Aquilo que pretendo com este trabalho é apurar se estão a ser aplicados Sistemas de Gestão da Qualidade nas Comunidades Terapêuticas de Norte a Sul do país, quais, relacioná-los, diferenciá-los, perceber se são ou não importantes e de que forma e qual a importância dos mesmos na recuperação dos utentes, através da perspectiva dos diretores técnicos.

Esta investigação adota uma abordagem qualitativa, utilizando a técnica de entrevista semiestruturada e a pesquisa documental, para compreender as sensações, as experiências e situações desafiantes do/a Diretor/a Técnico/a.

Pretende-se com a mesma dar a conhecer ao leitor uma visão mais aprofundada sobre as dinâmicas organizações de uma amostra de Comunidades Terapêuticas e reforçar a importância de práticas de gestão nas organizações sociais. Esta mesma dissertação pretende, mais do que identificar os benefícios e desafios da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, como também, contribuir para um debate mais amplo sobre a importância da Gestão da Qualidade como agente transformador no setor social.

É um estudo sob o olhar daquele/a que é um/a agente de mudança e inovação, o/a diretor/a técnico/a, este/a agente promotor do fortalecimento e dinamismo das organizações sociais.

2. Capítulo II – Enquadramento Teórico

Neste segundo capítulo irão ser abordadas três grandes temáticas, a toxicodependência, comunidades terapêuticas e a qualidade. Pretende-se com este capítulo enquadrar o leitor nas temáticas fulcrais que vão surgindo ao longo da tese através das perspetivas de vários autores.

2.1. Toxicodependência

Atualmente há vários termos para definir a vontade compulsiva e o uso persistente de uma substância psicoativa como é o caso dos termos: toxicodependência, toxicomania e/ou adição. Neste primeiro ponto pretende-se esclarecer o conceito de toxicodependência, a sua evolução desde os tempos da Antiguidade e Idade Média até aos dias de hoje, o conceito de dependência, seja ela física ou psicológica, como classificar as drogas que existem, quais os seus efeitos, diferenciação dos tipos de consumo que existem e evolução e situação atual da toxicodependência em Portugal.

2.1.1. Conceito e a sua Evolução

O conceito de toxicodependência foi sofrendo alterações ao longo dos tempos e foi suscitando interpretações diferentes por parte de autores distintos, uma vez que, o conceito em si poderá ser visto de várias perspetivas, nomeadamente, médicas, psicológicas, psíquicas e sociais.

Na Idade Média o uso de substâncias, como o caso do álcool e de plantas com efeitos psicoativos, eram geralmente usadas em rituais religiosos, tratamento de doenças, entre outros. Os efeitos do uso dessas mesmas substâncias eram vistos como comportamentos censuráveis, associado a questões morais e não como uma doença, como hoje em dia se define.

A partir da Revolução Industrial e do surgimento de substâncias como o ópio, começaram a surgir igualmente os primeiros casos de dependência, Benjamin Rush tem uma frase que lhe é automaticamente associada e que reflete o início da mudança de pensamento sobre as adições: *“Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade”*. (Rush, 1810)

Freud foi um dos pioneiros a abordar esta temática sob a perspetiva psicológica, ainda que de forma indireta nos seus estudos acerca da cocaína. Inicialmente, ele percebeu que a sua

utilização pelos homens e/ou animais permitia-lhe atingir determinado objetivo, muitas vezes impossível de alcançar de forma “sóbria”, de forma rápida e eficaz sem estes sentirem fadiga ou fome. Freud foi percebendo que através do consumo deste tipo de substâncias, com enfoque na cocaína, havia um alívio de tensão emocional e embora nunca tenha definido de forma moderna a toxicodependência, a verdade é que este chegou à conclusão que estas substâncias criavam desejos contantes e inconscientes. (Freud, 1884)

É então no século XX, na década de 60, que a toxicodependência começa a ser tratada como um problema social, uma vez que, é a partir desta década que surgem as drogas sintéticas e conseqüentemente, o aumento do consumo recreativo das mesmas. E neste seguimento, Calado afirma que autores como Becker, Zinberg, Alexander e Grund, entre outros, trazem um novo conceito de toxicodependência em que o mesmo depende de três fatores que se relacionam: a substância, o consumidor e o meio social, pois consideram que os contextos culturais e sociais de cada um afetam de forma significativa a evolução da dependência. A toxicodependência é vista por estes autores como uma resposta ao isolamento social e a falta de construção de relações sólidas e saudáveis, conseqüentes de uma vida sem vínculos emocionais e sociais. (Calado, 2021)

Sob uma perspetiva mais recente, Nora Volkow, neurocientista, psiquiatra e diretora do NIDA (National Institute on Drug Abuse), refere que, a toxicodependência é *“É uma doença crónica e recorrente, que envolve mudanças no cérebro que levam ao consumo compulsivo de drogas apesar de suas conseqüências devastadoras. A decisão inicial de usar uma droga é voluntária, mas seu uso crónico pode precipitar mudanças cerebrais que comprometem os sistemas de recompensa, motivação e mesmo o livre-arbítrio.”* (Volkow, 2010)

A Organização Mundial de Saúde (2007), define a toxicodependência como *“um estado de dependência física e/ou psicológica de uma substância tóxica devido ao uso esporádico ou continuado desta.”* E ainda, *“um estado psíquico, e por vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações do comportamento, e por outras reações, que incluem sempre a compulsão para tomar drogas dum modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou de evitar o mal-estar da privação”.*

A evolução do conhecimento sobre a toxicodependência reflete-se na evolução do próprio conceito em si, conceito esse que foi construído com as contribuições de vários autores das mais variadas áreas de conhecimento. Hoje em dia entende-se que a toxicodependência depende de vários fatores, como é o caso da genética, do meio social e das experiências de vida de cada um e não apenas como um comportamento pouco moral.

2.1.2. Dependência: física e psicológica

Como já foi referido acima, o conceito de toxicod dependência caracteriza-se pela dependência a uma substância para a qual o nosso corpo vai ganhando uma certa tolerância e na qual o consumidor sente necessidade de ir aumentando a dose para ter as mesmas sensações e/ou efeitos que outrora tinha com doses menores de consumo. Para além de toda uma panóplia de consequências negativas, o uso continuado da substância confere ao consumidor, neste caso, ao toxicod dependente, uma dependência física e psicológica pois o mesmo, por muito que queira limitar ou parar com o uso da mesma, já não o consegue de forma autónoma.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), dependência é um *“conjunto de fenómenos do comportamento, cognitivos e fisiológicos, que se desenvolvem após o consumo repetido da substância em questão, entre os quais se contam caracteristicamente os seguintes: um poderoso desejo de tomar a droga, uma deterioração da capacidade para auto-controlar o consumo da mesma, a persistência do uso apesar das consequências nocivas, uma maior prioridade dada à utilização da droga que a outras actividades e obrigações, um aumento da tolerância à droga e, por vezes, um estado de abstinência por dependência física”*

A Organização Mundial de Saúde (2004) refere ainda que *“a dependência de drogas é um transtorno do cérebro, ao nível das suas funções, originado pelo consumo de drogas que afetam os processos cerebrais em termos da percepção, das sensações, das emoções e da motivação.”*

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (1994) cit. por Marques (2008), *“Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:*

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou efeito desejado;

b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

a) Síndrome de abstinência característica da substância;

b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5. É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, cadeia de fornecedores) e à recuperação dos seus efeitos.

6. São abandonadas importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.

7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste)”

A dependência física resulta de uma simbiose entre a substância em si e o organismo do consumidor, mais especificamente o sistema nervoso que vai sofrendo alterações com a ingestão contínua da substância. Com isto surgem dois fenómenos, a Tolerância do organismo à substância e o Síndrome de Abstinência. A privação do uso da substância causa, como a própria dependência indica, sintomas físicos, como é o caso de taquicardia, transpiração, náuseas e a queda da tensão arterial. (OMS, 2007)

A dependência psicológica é caracterizada como um chamamento compulsivo constante de uma substância ou comportamento devido à sensação de prazer que a mesma traz, é uma busca inconstante da felicidade e/ou paz através da relação com um objeto, acontecimento ou substância. (OMS, 2007)

Segundo Schuckit (1991) cit. por Marques (2008, pp. 16), “A dependência, também chamada *habituação ou uso compulsivo* implica uma “necessidade” psicológica e/ou física à droga (...). A dependência psicológica é uma característica de todas as drogas de abuso e centra-se na necessidade de droga pelo utilizador, de modo a atingir um nível máximo de funcionamento ou sentimento de bem-estar. Este é um item subjectivo quase impossível de quantificar objectivamente, sendo assim de utilidade limitada para chegar ao diagnóstico”.

2.1.3. Classificação das Drogas e Efeitos

As drogas podem ser classificadas em três categorias diferentes de acordo com os seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). Esta categorização ajuda a perceber como cada substância pode alterar o funcionamento do cérebro e como isso, conseqüentemente, influencia o comportamento, as emoções e as percepções da realidade do utilizador. Assim sendo, as drogas podem ser classificadas como: depressoras, estimulantes e alucinogénias. (Fonte, 2006)

- Drogas Depressoras: conferem um efeito calmante, relaxante e/ou sedativo pois diminuem a atividade cerebral do utilizador. Estas drogas causam a redução da frequência cardíaca e respiratória e são, redutoras da tensão emocional, da concentração, da memória e da capacidade intelectual. São exemplos dessas mesmas drogas: o álcool, as benzodiazepinas, os opioides, como é o caso da morfina, da heroína, codeína, metadona, buprenorfina, entre outros. (Alarcon, 2012)

- Drogas Estimulantes: conferem maior energia, estado de alerta e euforia pois aumentam a atividade cerebral do utilizador. São drogas que aumentam a frequência cardíaca, pressão arterial e reduzem a sensação de cansaço. São exemplos: a cafeína, a nicotina, a cocaína, os esteroides, as anfetaminas, como as metanfetaminas e ecstasy. (CEBRID, 2012)

- Drogas Alucinogénias: alteram a percepção da realidade, com a perda total da noção do tempo e do espaço, da consciência, das sensações, chegando mesmo a provar alucinações. A sua utilização pode, em indivíduos mais suscetíveis, criar episódios de ansiedade ou psicose. São exemplos: o LSD, Cogumelos Mágicos, Ketamina, DMT. (Alarcon, 2006)

Apesar de cada droga ter os seus efeitos associados, segundo o SICAD (2018), “estes dependem não só da substância em si mas também da sua quantidade e qualidade, das características da pessoa que as consome e do ambiente onde ocorre o consumo.”

2.1.4. Tipos de Consumos

Segundo Fonte (2006, pp. 110), *“consumir drogas não é equivalente de ser-se toxicod dependente, podemos encontrar diferentes tipos de usos e consumos de droga, já que os usos não se restringem aos efeitos químicos que a droga exerce sobre o sistema orgânico do sujeito”*.

Como tal, os tipos de consumos são categorizados para que se possa fazer essa diferenciação e, segundo o SICAD (2018), existem cinco tipos de consumo: uso experimental, uso recreativo, uso problemático, uso de dependente e uso de medicação não prescrita.

Esta categorização é feita, tendo em conta a frequência, intensidade e impacto do uso na vida do consumidor e é através da mesma que se pode aferir o padrão de uso e consequentemente, a intervenção adequada.

TIPOS DE CONSUMO	CARACTERÍSTICAS
USO EXPERIMENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo esporádico, sem repetição constante; - Ocorre em contextos sociais ou influência de um grupo social; - Geralmente não cria dependência.
USO RECREATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Uso mais frequente do que o anterior; - Ocorre em contextos sociais como forma de obter prazer, diversão ou relaxamento; - Pode aumentar a frequência e evoluir para algo mais problemático.
USO PROBLEMÁTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo passa a interferir nas dimensões de vida do consumidor: estudos, trabalho, relações e saúde. - Dificuldade em controlar a frequência do uso ou a quantidade da substância. - Comportamentos de risco.
USO DEPENDENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Perda total do controlo da substância; - Dependência física e psicológica; - Sintomas de abstinência; - Desorganização total das suas dimensões de vida.
USO DE MEDICAÇÃO NÃO PRESCRITA	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de medicação como sedativo ou analgésico;

	<ul style="list-style-type: none"> - Pode levar ao uso dependente e a complicações de saúde; - Uso recreativo
--	---

Tabela 1 - Tipos de Consumo - Elaboração Própria

Esta categorização mencionada acima é extremamente importante para compreender os diferentes tipos de padrões associados ao uso de substâncias e para aferir as intervenções necessárias consoante cada caso. Enquanto que, o uso experimental e o uso recreativo podem não ter consequências imediatas, o uso problemático e o uso dependente carecem de uma intervenção ativa especializada. Já o uso da medicação não prescrita reforça a importância de haver um controlo médico no acesso a substâncias que criam dependência.

2.1.5. Toxicodependência em Portugal e Evolução da Legislação Aplicável

O início da toxicodependência em Portugal remete-se para o século XVI devido à exploração marítima dos navegadores ao entrarem em contacto com novos povos, dos quais, o uso de drogas já era uma prática. (Gameiro, 1993)

No entanto, foi na década de 70, que Portugal ao abrir portas para o mundo, facilitando na fiscalidade das fronteiras que, a entrada de substâncias ilícitas foi algo amplificado em grande escala, o que se refletiu nos índices de usuários a partir dessa altura. (SICAD, 2024)

Esse aumento de toxicodependentes passou a ter uma grande relevância social e isso implicou uma reestruturação na legislação existente e uma visão diferente de como atuar nestas situações. É claro que esta legislação existente era algo construído na pouca informação que se tinha acerca do tema, no entanto, em 1924, Portugal aprova a primeira Lei relacionada com a temática de drogas, a Lei n.º 1 687, regulamentada pelo Decreto n.º 10 375, de 9 de dezembro. (SICAD, 2024)

Em 1926, é publicado o Decreto-Lei n.º 12 210, de 24 de agosto, que transpõe para o direito interno as disposições e recomendações introduzidas pela Convenção Internacional do Ópio, assinada em Haia, em 23 de janeiro de 1912. Este viria a ser revogado pelo Decreto-Lei nº 420/70, de 3 de setembro. Portugal tem consciência de quão desatualizado está em relação à problemática que recorre à ajuda de organismos internacionais que o permitiram definir num diploma, o conceito legal de estupefacientes e uma lista de substâncias existentes que estava anexado ao Decreto-Lei referido acima (SICAD, 2024)

No entanto só em 1963 é que surge uma Lei direcionada para o tratamento das “Toxicomanias”, a Lei n.º 2118, de 3 de abril, mas Portugal ainda não tinha estrutura para fazer acontecer. (SICAD, 2024)

Como já foi referido acima, a amplificação dos consumos em Portugal deu-se na década de 70, e a primeira iniciativa pública foi uma campanha com cartazes "Droga, Loucura, Morte" como forma de chamar à atenção dos consumidores, numa época em que a utilização de substâncias começava a crescer exponencialmente, especialmente entre os jovens. Estas campanhas são um dos exemplos que marcaram a sociedade, e em como o estado através de campanhas de saúde pública tentaram lidar com a emergência do consumo de substâncias num período bastante crítico da história. Ainda que a sua mensagem tenha sido passada de forma bastante direta, a sua eficácia foi bastante questionada, uma vez que a criação do medo não é tratamento suficiente para combater a toxicodependência, mas sim políticas integradas que se complementem, como a educação, prevenção, tratamento, reeducação e reintegração.

É em 1973 que no Hospital de Santa Maria acontece pela primeira vez em Portugal, uma consulta de toxicodependência, no Serviço de Psiquiatria. Em 1975 são criados o Centro de Estudos da Juventude (CEJ), ao qual competia uma vertente mais preventiva e de tratamento médico-social, e o Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD), com atuação na área da repressão e fiscalização do tráfico ilícito de drogas, mas no ano seguinte são rapidamente extintos e substituídos por Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD), com competência no domínio da prevenção, tratamento e inserção social do toxicodependente e Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD) como o mesmo fim do anterior, respetivamente. (Catarino, 2020)

Nessa mesma altura surge o Plano Nacional de Luta Contra a Droga, que vem a dar espaço em 1987 ao Projeto Vida, cujo o mesmo continha 30 medidas ao nível da prevenção, tratamento, reabilitação e inserção dos toxicodependentes, e combate ao tráfico. Nesse mesmo ano é criado o Centro das Taipas em Lisboa, direcionada para o tratamento destes indivíduos (Decreto-Lei n.º 20-A/87, de 12 de junho), onde estes teriam acesso a Consultas, Centro de Dia, Internamento para a Desabituação e Urgência.

Em 1989, é criado o Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT) no Porto e o Serviço de Prevenção e Atendimento a Toxicodependentes (SPAT) no Algarve.

Em 1985 surge o primeiro caso de SIDA e a doença é vista como uma epidemia uma vez que de ano para ano o número de casos duplica a larga escala. Esta doença é inicialmente associada a relações homossexuais masculinas, mas rapidamente se apercebem que as formas de contágio são extensivas a qualquer relação sexual e utilização de seringas e/ou objetos cortantes de outros indivíduos. (Garcia, 1991)

Em 1993 surge o Projeto “STOP SIDA” e consequentemente o Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”. O Centro Laura Ayres responsável pelo Projeto fornecia informação, troca de seringas e o teste VIH gratuitamente. (SICAD, 2024)

Em 1993, é promulgada a denominada Lei da Droga, Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, com o objetivo de modificar o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, mais tarde regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro. E ainda nesse mesmo ano é regulamentado, através do Decreto-Lei n.º 13/93 de 15 de janeiro, o licenciamento e fiscalização das unidades privadas de saúde, incentivando a sua criação e funcionamento com padrões de qualidade. (Catarino, 2020)

Em 1997 com a Lei n.º 7/1997, de 8 de março, *“afirma-se a necessidade da existência de uma rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, que integra Unidades de Atendimento, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas, de forma a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional a todos os cidadãos afetados pela toxicodependência.”* (SICAD, 2024)

Em 2011, com o Decreto-Lei nº 124/2011, o Estado cria então o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), extinguindo o Instituto da Droga e da Toxicodependência.

2.2. Comunidades Terapêuticas

2.2.1. Conceito e Evolução Histórica

O conceito de Comunidade Terapêutica prende-se com uma estrutura residencial onde vários indivíduos com vivências comuns relacionadas com o abuso de drogas e/ou álcool, vivem durante um período de tempo (definido pela comunidade) em conjunto. De uma forma generalizada, a Comunidade Terapêutica tem como objetivos a recuperação, reinserção e transformação a nível comportamental dos indivíduos que lá habitam. O seu foco é atender os seus residentes nas dimensões das *“problemáticas familiares, lacunas formativas, educativas e socioprofissionais, eventuais problemas de saúde física e mental, integração social e desenvolvimento pessoal.”* (Sommer, 2011)

Maxwell (1953) foi um dos pioneiros na criação de comunidades terapêuticas em contexto hospitalar e introduziu esse mesmo conceito no tratamento psiquiátrico, ressaltando a importância de uma abordagem comunitária e participativa, em que todos os membros contribuem para o funcionamento da CT. Ao longo de doze anos, Maxwell criou *“um programa*

cujas bases mínimas incluíam terapias de grupo, reuniões diárias da equipe terapêutica, reuniões diárias em cada uma das “alas”, atividades em “oficinas de trabalho”, psicodramas e atendimentos individualizados. A comunidade terapêutica de Jones estabeleceu seu programa fundado no caráter democrático”. (Brandão & Carvalho, 2011)

Acreditava que maior objetivo das Comunidades Terapêuticas teria de ser a criação de um ambiente familiar que propiciasse o desenvolvimento das capacidades de sociabilização, dentro de uma estrutura democrática privilegiando as interações interpessoais e o compromisso de responsabilidade coletiva que considerava serem fatores fundamentais para a recuperação. (Brandão & Carvalho, 2011)

Franco Basaglia criou igualmente uma Comunidade Terapêutica no Hospital Psiquiátrico de Gorizia baseada no Modelo de Maxwell e *“incorporou ao tratamento hospitalar uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas, entre outros”* (Perrone, 2019)

Após esta primeira abertura para Comunidades Terapêuticas ainda que em ambiente hospitalar, rapidamente se pensa nas mesmas numa outra modalidade e numa nova prática.

Existiram então assim as ditas organizações de carácter religiosos com enfoque no *“renascimento espiritual da humanidade”* em que que cujos 25% dos participantes eram alcoólicos em abstinência, dando origem a um novo grupo, os Alcoólicos Anónimos e posteriormente, os Narcóticos Anónimos, com o mesmo modelo de tratamento, 12 Passos – que iremos abordar mais à frente - adaptado agora para a dependência não somente do álcool, mas também para as drogas. (Perrone, 2019)

Synanon começou como um Centro de Ajuda Terapêutica para o tratamento de toxicodependentes e este introduziu na composição das atividades terapêuticas, atividades lúdicas como a dança, a música e a pintura, pois para o autor manter os indivíduos ocupados e cada vez mais distanciados das suas antigas práticas era algo fundamental na sua recuperação. Algo que suscitou algumas controvérsias perante outros autores pois referem que Synanon estava a tentar transformar as Comunidades Terapêuticas num culto e num local de abuso e violência pesadamente financiada, algo que não é compatível com os valores iniciais. (Perrone, 2019)

A primeira Comunidade Terapêutica vista como tal, foi o Daytop Village, fundado em Nova York, em 1963, por David Deitch. Segundo De Leon e Goti a principal diferença desta nova abordagem reflete-se na constituição da equipa técnica como uma equipa multidisciplinar, o que causou bastante resistência aos primórdios criadores de CTs, no entanto ainda hoje em dia faz parte do modelo atual de qualquer Comunidade Terapêutica. (Perrone, 2019)

Após esta primeira rampa de lançamento de CT, as iniciativas direcionadas para recuperação de dependências químicas aumentaram a uma escala vertiginosa, assim como a problemática em si também tomou outras proporções.

Em 1969, surgiu na Itália, o Projeto Uomo e mais tarde o Proyecto Hombre em Espanha e consequentemente por muitos outros países da Europa, adaptando os princípios do Daytop Village à realidade europeia. (Perrone, 2019)

Numa perspetiva mais local, em Portugal, a primeira Comunidade Terapêutica para toxicodependentes surge em 1978, em Coimbra. Durante os anos de funcionamento da CT Arco-Íris (CTAI), esta sofreu algumas transformações, no entanto a sua base teórica mantém-se inspirada nos ensinamentos de Maxwell Jones, das Daytop Americanas e de Eric Erikson. (Vieira, 2007)

Em suma, De Leon (2000) caracteriza as comunidades terapêuticas como *“uma abordagem de tratamento baseada na mudança de estilo de vida, em que o foco principal está no autoconhecimento, na autoajuda e na reconstrução de valores sociais”*. George conclui que as Comunidades Terapêuticas assentam em três pilares, sendo eles a mudança de identidades, onde o indivíduo deverá fazer um caminho no seu autoconhecimento e adotar novos hábitos comportamentais; a interação social, através da interação com o grupo permitir que haja uma transformação interpessoal; e a reintegração, onde o indivíduo é preparado para viver sem dependências e sobre as normas da sociedade.

2.2.2. Estrutura e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas

Como já foi possível ver acima, as comunidades terapêuticas são instituições que assumem uma importância relevante na reabilitação de indivíduos com problemas de dependências sejam elas quais forem. De Leon (2000) defende que estas instituições se guiam por uma abordagem biopsicossocial que pretende mudar comportamentos errantes dos adictos através de um meio estruturado e de um apoio recíproco.

Há autores, como é o caso de White (2008), que afirmam que estas comunidades terapêuticas não são apenas promotoras de abstinência, mas também de uma reinserção social e um aprimoramento das competências individuais de cada utente.

Cada comunidade terapêutica assume uma estrutura identitária consoante o modelo pela qual se guiam, no entanto, há elementos estruturais que são semelhantes e essenciais para proporcionar um ambiente terapêutico eficaz. Segundo Galanter & Kleber (2015), esses elementos são:

- Uma Infraestrutura adequadas com espaços capazes de promover a segurança, a privacidade e um ambiente saudável. Em termos práticos isso inclui espaços comuns para a promoção da interação social, espaços terapêuticos, espaços para exercer atividades ocupacionais e dormitórios.

- Uma Equipa Multidisciplinar que seja composta por profissionais de várias áreas, incluindo psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e educadores, entre outros. (Jordans et. Al., 2018)

- Um Plano Terapêutico Individualizado para cada utente, adaptado às suas necessidades e com objetivos alcançáveis, com um acompanhamento contínuo do mesmo. (Marlatt & Donovan, 2005)

- Atividades Terapêuticas e Educacionais com uma educação formal e profissionalizante, terapias cognitivo-comportamentais, mindfulness são determinantes na recuperação do individuo. (White,2008)

- Terapias de Grupo e Participações Coletivas permitem a troca de experiências e estratégias entre utentes e ainda ajudam na criação de um suporte social. (De Leon, 2000)

- E, por fim, o Acompanhamento Pós tratamento onde a inserção em grupos de auto-ajuda, o suporte da comunidade e as estratégias adquiridas na prevenção de recaídas são um fator preponderante para o aumento da taxa de sucesso do tratamento. (Galanter et. Al., 2014)

Em relação ao funcionamento de uma comunidade terapêutica, a mesma deve seguir princípios fundamentais que garantam a eficácia do tratamento. Segundo IDT (2011), o funcionamento das CT's deve considerar os seguintes parâmetros:

- Processo de Admissão em que *“será avaliado o conhecimento e motivação para esta modalidade de intervenção, bem como a adequação individual e contextual da indicação para a utilização deste recurso terapêutico.”*

- Processo Clínico onde deverão estar, de forma separada, todas as áreas de intervenção em relação ao processo do utente [área administrativa, terapeuta de referência, área médica, área de enfermagem, área de psicologia, área de inserção social e área de terapia ocupacional (se se aplicar)].

- Processo Terapêutico e de Reinserção, onde deverão dispor de: um programa e regulamento interno, de um registo de utentes atendidos sempre salvaguardando a confidencialidade, de um diretor técnico habilitado para tal, de um médico psiquiatra, de um médico responsável pela monitorização de saúde dos utentes, pessoal técnico com formação adequada para este tipo de público. Deve ainda dispor do modelo de tratamento implementado e da duração do programa terapêutico.

- Saídas do Programa, seja por alta programada, alta a pedido do utente, alta disciplinar, abandono ou transferência para outra unidade devem ser comunicadas “às *Delegações Regionais e outras instituições envolvidas no processo, como a Segurança Social ou o Instituto de Reinserção Social*”.

- Processo de Licenciamento, onde “*de acordo com o previsto no Decreto-lei Nº16 /995, para o seu funcionamento, as Comunidades Terapêuticas carecem de uma licença de funcionamento a obter junto do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, IP.*”

- Certificação da Qualidade, em que é “*recomendado que as Comunidades Terapêuticas devam dispor de um sistema de promoção e garantia de qualidade, que facilite a prestação de cuidados personalizados aos seus utentes, segundo padrões qualitativos elevados.*”

Para além destas normas de funcionamento, existem também um conjunto de diretrizes que visam garantir a legalidade e qualidade dos serviços prestados, como é o caso da regulamentação.

O objetivo desta regulamentação é garantir que as comunidades terapêuticas portuguesas respeitem os direitos dos utentes, promovendo os seus tratamentos com princípios éticos e com transparência.

Existem então algumas normas e leis que estão regulamentadas para que as Comunidades Terapêuticas as possam seguir: como referido na temática anterior, o Decreto-Lei nº15/93, de 22 de janeiro que visa estabelecer mecanismos de fiscalização e controlo do tráfico e consumo de drogas e o licenciamento e fiscalização das unidades privadas de saúde, incentivando a sua criação e funcionamento com padrões de qualidade. (SICAD, 2024)

O Decreto-Lei n.º 74/2016, de 8 de novembro, que “*procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 16/99, de 25 de janeiro, que regula o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas que atuem na área do tratamento ou da recuperação de toxicoddependentes e define os requisitos a que devem obedecer as suas instalações, organização e funcionamento, clarificando a efetiva competência da Entidade Reguladora da Saúde*” (Diário da República, 2025)

O Despacho n.º 5517/2023, de 12 de maio que menciona os procedimentos e requisitos a observar no estabelecimento das convenções entre o Estado, através do SICAD, e as unidades privadas de saúde. (Diário da República, 2025)

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 - 2020 e o Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 - 2016 que são planos que foram criados pelo SICAD onde são definidas estratégias para prevenir e combater as dependências em Portugal. (SICAD, 2025)

Estas são algumas das leis e planos pelos quais as Comunidades Terapêuticas se regem para que todas possam atuar, independentemente das suas especificidades, de forma estruturada proporcionando aos utentes, um ambiente seguro e adequado à sua recuperação.

Não obstante, as Comunidades Terapêuticas para além de terem que se reger por estas regras, têm igualmente, de ser fiscalizados por entidades governamentais, para que as mesmas cumpram os requisitos legais que estão estabelecidos. Sendo elas, o ICAD, Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências que é o órgão responsável por regular a forma de atuação das Comunidades Terapêuticas e por coordenar políticas públicas sobre dependências; a Direção-Geral da Saúde (DGS) que é responsável por regular e supervisionar que as condições sanitárias e outras sejam cumpridas; a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) que é responsável pela realização de fiscalizações periódicas para garantir que sejam cumpridos; e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social que é responsável pelas questões laborais das instituições que operam nesse setor.

2.2.3. Modelos e Abordagens Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas têm um modelo terapêutico pelo qual se regem, cujo o mesmo se baseia em abordagens do foro psicológico, educativo e até mesmo médico, com o principal objetivo de promover abstinência, reabilitação e reintegração social. Cada CT tem a sua filosofia característica e o seu modelo é escolhido baseado nisso mesmo e na constituição de equipa técnica e necessidades dos próprios utentes.

Segundo Vicente (2018), *“em Portugal os modelos de tratamento mais usados em comunidade terapêutica são Modelo Biopsicossocial (...), o Modelo Biopsicossocial Espiritual, Modelo Holandês, Modelo Hierárquico e o Modelo Minnesota. O modelo Biopsicossocial Espiritual comporta intervenção do modelo biopsicossocial, contudo dá um enfoque especial à religião. “*

O Modelo Biopsicossocial é amplamente reconhecido como uma abordagem abrangente no tratamento dos comportamentos aditivos. O mesmo aborda as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, o que proporciona uma visão holística do mesmo. As suas vantagens são a capacidade de compreensão sobre a dependência em si, *“facilitar a integração de três componentes fundamentais envolvidos na etiologia, manutenção, diagnóstico e tratamento dos comportamentos aditivos”* (pp.68) e o aumento da eficácia na prevenção de recaídas. No entanto, a sua abordagem abrangente pode ser uma limitação, ou desvantagem,

uma vez que o torna demasiado genérico, o que dificulta na sua aplicação prática em situações de foco. (Vicente, 2018)

Em relação ao Modelo Biopsicossocial Espiritual, este contempla todas as características que foram referidas acima, no entanto, dá especial enfoque á dimensão espiritual como sendo uma integrante fundamental da saúde e do bem-estar. (Nunes, 1997)

O Modelo Holandês tem como principal objetivo prevenir e minimizar riscos associados ao consumo de drogas, diminuindo as situações de risco tanto para o utilizador como para o meio social que o rodeia. Este modelo sobressai pela *“prevenção da marginalização, estigmatização e criminalização do consumidor e apostam numa política de redução de riscos e minimização de danos”* (Vicente, 2018)

Enquanto que, o Modelo Hierárquico, como o próprio nome indica, rege-se por hierarquias como estímulo e preparação para a sua reinserção tanto no seio familiar quanto profissional e social, privilegiando o crescimento pessoal, a autonomia, a responsabilidade, o comprometimento e o rigor. (Tinoco, 2006)

O Modelo Minnesota é o nome que veio suceder ao Modelo dos 12 Passos dos Alcoólicos/Narcóticos Anónimos, cujos objetivos são a promoção de abstinência total de substâncias psicoativas, reforçar a importância do meio social e ainda, *“ensinar o dependente e a sua família a modificar as suas atitudes e comportamentos através de um método de trabalho que assenta nos princípios dos grupos de auto-ajuda, grupos de sentimentos, terapia racional-emotiva, psicologia transaccional, palestras, filmes didáticos e terapias individuais”*. (Sommer, 2008)

Os 12 passos dos Alcoólicos Anónimos, segundo Tordo (2020) são:

“1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que as nossas vidas se tinham tornado ingovernáveis.

2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos nos poderia restituir a sanidade.

3. Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, como O concebíamos.

4. Fizemos, sem medo, um minucioso inventário moral de nós mesmos.

5. Admitimos perante Deus, perante nós próprios e perante outro ser humano a natureza exata dos nossos erros.

6. Dispusemo-nos inteiramente a aceitar que Deus nos libertasse de todos estes defeitos de carácter.

7. Humildemente Lhe pedimos que nos livrasse das nossas imperfeições.

8. Fizemos uma lista de todas as pessoas a quem tínhamos causado danos e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.

9. Fizemos reparações diretas a tais pessoas sempre que possível, exceto quando fazê-lo implicasse prejudicá-las ou a outras.

10. Continuámos a fazer o inventário pessoal e quando estávamos errados admitíamo-lo imediatamente.

11. Procurámos através da oração e da meditação melhorar o nosso contacto consciente com Deus, como O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós e a força para a realizar.

12. Tendo tido um despertar espiritual como resultado destes passos, procurámos levar esta mensagem a outros alcoólicos e praticar estes princípios em todos os aspetos da nossa vida.”

Cada modelo apresenta as suas especificidades, no entanto, importa referir que o objetivo principal de todos eles é a reabilitação dos utentes e a promoção de saúde mental e afetiva.

2.3. Qualidade

2.3.1. Definição de Qualidade

Tribus (1990) cit. por Pires (2012) define qualidade como “*qualidade é o que torna possível a um consumidor ter uma paixão pelo produto, ou serviço. Dizer ‘mentiras’, diminuir o preço, ou acrescentar propriedades pode criar um entusiasmo temporário. Isto permite à qualidade sustentar a paixão. O amor é sempre instável. Portanto, é necessário mantermo-nos próximos da pessoa cuja lealdade pretendemos manter. Devemos estar sempre alerta, no sentido de entender o que agrada ao cliente, porque somente o cliente define o que constitui a qualidade. O namoro ao cliente nunca acaba*”.

Segundo a Norma Portuguesa ISO 9000 2015, “*a qualidade dos produtos e serviços de uma organização é determinada pela aptidão para satisfazer os clientes e pelo impacto, pretendido ou não, sobre outras partes interessadas relevantes. A qualidade dos produtos e serviços inclui não só as funções e o desempenho pretendidos, mas também os correspondentes valor percebido e benefício para o cliente.*”

O conceito da qualidade, ainda que esteja constantemente em evolução e que a sua definição não seja linear, pois encontra-se dependente de contextos e perspetivas, em termos gerais, refere-se à capacidade de um produto, serviço ou sistema de atender, e até superar, as expectativas dos clientes ou utilizadores.

Segundo Ribeiro (2023), a palavra qualidade surge no século XIX e passa por 4 grandes fases: inspeção, controlo estatístico, garantia da qualidade e gestão estratégica. Esta evolução origina

uma mudança de paradigma, em que muda o foco do produto final para uma abordagem em que envolve todos os intervenientes da organização. Autores como Garvin, Martins e Costa dão principal atenção a esta evolução enfatizando o papel da liderança e do envolvimento dos intervenientes na gestão pela qualidade na sua totalidade.

Marinho (2015) aborda o conceito de qualidade, propondo a sua operacionalização em quatro dimensões: Conceção, Conformidade, Resultado da utilização e Relação com o cliente, denotando-se a preocupação pela experiência total do consumidor.

A satisfação do cliente surge como o principal critério de avaliação, refletindo uma abordagem centrada na experiência do utilizador. Por fim, reforça-se que qualidade é, em última instância, aquilo que o cliente espera, sendo fundamental para a diferenciação e competitividade organizacional (Saias, 2007).

2.3.2. A Qualidade nas Organizações Sociais

O conceito de qualidade no contexto do terceiro setor deve ser entendido na sua dimensão institucional e dimensão profissional. Ainda que os Sistemas de Gestão da Qualidade tenham origem na indústria, as organizações sociais enfrentam hoje a necessidade de os adotar para garantir a sua sustentabilidade e credibilidade num ambiente competitivo, uma vez que a missão social das organizações sociais substitui a lógica do lucro, sendo a satisfação dos utentes o principal indicador de qualidade. (Marinho, 2015)

Avaliar os Serviços Sociais, mais do que avaliar os produtos/serviços em concreto, exigem uma abordagem diferenciada. Segundo Pinto (2003) e Grönroos (1995), o serviço é um processo dinâmico, intangível e relacional, em que o cliente participa diretamente, o que aumenta a variabilidade e subjetividade da qualidade percebida (Crato, 2010). Neste sentido, a qualidade dos serviços envolve duas dimensões: a qualidade técnica, relativa ao resultado final, e a qualidade funcional, que avalia a forma como o serviço é prestado (Gomes, 2004).

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade nas organizações sociais permite otimizar os processos, satisfazer os *stakeholders* e garantir padrões mínimos de desempenho, no entanto, a avaliação da qualidade requer métodos objetivos e mecanismos de feedback, dada a diversidade de expectativas dos utentes. (Marinho, 2015)

De uma forma geral, a qualidade nos Serviços Sociais deve ir além das boas práticas técnicas, envolvendo uma gestão estratégica, participada e orientada para a melhoria contínua, sempre focada na experiência e percepção do utilizador.

2.3.3. Sistema de Gestão da Qualidade nas Organizações Sociais

A implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade, tanto no setor empresarial como no setor social é algo complexo, uma vez que a adoção do mesmo constitui uma estratégia fundamental para garantir a eficiência, a consistência e a melhoria contínua na prestação de bens e serviços, bem como para responder às exigências crescentes dos *stakeholders*. (Marinho, 2015)

Estes Sistemas de Gestão da Qualidade são concebidos como um conjunto estruturado de processos, normas, procedimentos e recursos, organizados de forma a sustentar e otimizar a gestão da qualidade de qualquer tipo de organização (Ramos, 2009)

De acordo com Marinho (2015) um Sistema de Gestão da Qualidade abrange desde a avaliação dos produtos e serviços, passando pela análise de feedback dos beneficiários, até ao tratamento de não conformidades e à execução de ações corretivas e preventivas. Estes sistemas têm uma natureza dinâmica, pois estão em constante evolução, ajustando-se às necessidades internas e externas das organizações e promovendo a melhoria contínua como princípio orientador.

O intuito para implementar um SGQ pode ser por motivações de ordem interna, com vista à racionalização de processos, aumento da produtividade e redução de desperdícios, ou motivações de ordem externa, ligada à necessidade de corresponder às expectativas dos clientes, ao cumprimento de requisitos legais ou à busca de certificação e credibilidade no mercado (Pires, 2012).

A certificação, embora não obrigatória, é frequentemente considerada como o passo seguinte à implementação do sistema, representando confiabilidade e reconhecimento da qualidade organizacional. (Marinho, 2015)

A documentação associada ao SGQ deve ser clara, objetiva, atualizada e acessível, operando como um instrumento orientador das práticas organizacionais, sem se tornar um obstáculo burocrático. A sua estruturação deve garantir coerência entre documentos e refletir os objetivos, responsabilidades, indicadores e mecanismos de avaliação da eficácia do sistema. (Marinho, 2015)

Apesar dos custos iniciais associados à implementação de um SGQ, a experiência demonstra que, uma vez estabilizado, o sistema conduz a uma diminuição de custos operacionais, aumento da produtividade, melhoria interna dos processos internos e reforço da imagem institucional. Para além disso, facilita o envolvimento dos colaboradores, promove a responsabilização interna e melhora a relação com os parceiros e beneficiários (Guia, 2011).

No setor social, a qualidade das respostas prestadas é um fator diferenciador. A implementação de um SGQ contribui para a sustentabilidade e valorização das organizações do terceiro setor, permitindo alinhar práticas internas com a missão, visão e valores institucionais, otimizando a resposta às necessidades dos utentes, promovendo maior reconhecimento público e confiabilidade social (Apolinário, 2002; Guia, 2011).

Em suma, um SGQ bem estruturado e corretamente implementado não só reforça a eficiência interna e a transparência da gestão, como também posiciona a organização social de forma estratégica para responder às exigências de um ambiente em constante transformação, assegurando a continuidade e o impacto positivo do seu trabalho junto da comunidade.

2.3.4. Modelos de Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade nas Organizações Sociais

Cada vez mais em Portugal vemos o terceiro setor a apostar na qualidade dos seus serviços e produtos, de forma a valorizar os mesmos perante a sociedade. Neste seguimento foram desenvolvidos alguns Modelos de Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade que podem ser aplicados às Organizações Sociais, como é o caso dos modelos: ISO 9001, EQUASS, EFQM e Modelo de Qualidade das Respostas Sociais do Instituto da Segurança Social.

2.3.4.1. Modelo ISO 9001

A International Organization for Standardization (ISO) foi criada por 25 países em 1946, com o objetivo de promover a coordenação internacional e unificação dos modelos industriais e, anos mais tarde, na década de 70, a série de normas ISO 9000 começa a ser desenvolvida com foco na gestão da qualidade organizacional. (NP EN 9001: 2015, 2015)

Esta série de normas são gerais e possível de ser aplicadas a diferentes setores, o que significa que não estão vinculadas somente a especificidades tecnológicas. A ISO 9001 desde a sua criação já sofreu quatro revisões, sendo a mais recente a de 2015 e a sua implementação exige que seja realizado um diagnóstico interno das necessidades e o envolvimento de todos os colaboradores. (Ribeiro, 2023)

A última revisão da ISO 9001, a 2015 ganha destaque pelo ênfase na conformidade do produto e na satisfação do cliente, promovendo um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)

robusto e orientado para a melhoria do desempenho organizacional e do desenvolvimento sustentável. (Ribeiro, 2023)

Esta norma baseia-se em sete princípios fundamentais, segundo a NP EN 9001: 2015, 2015:

1. Foco no cliente
2. Liderança
3. Comprometimento das pessoas
4. Abordagem por processos
5. Melhoria contínua
6. Tomada de decisões baseadas em evidências
7. Gestão de relações

Estes princípios auxiliam na interpretação e aplicação da norma, promovendo uma gestão eficaz e coerente com os desafios do contexto organizacional. A certificação externa não é obrigatória, mas quando realizada por organismos independentes, confere maior confiança às partes interessadas e permite às organizações garantir conformidade legal e satisfação do cliente, promovendo a melhoria contínua dos seus processos e resultados. (International Organization for Standardization, 2015)

2.3.4.2. Modelo EQUASS

O Modelo European Quality in Social Services (EQUASS) foi desenvolvido pela European Platform for Rehabilitation, em parceria com o Comité Europeu da Qualidade. Este modelo assenta nos princípios da qualidade total e em modelos europeus de excelência organizacional cujo o mesmo visa promover a qualidade, a melhoria contínua, a aprendizagem organizacional e o desenvolvimento institucional no setor dos Serviços Sociais, assegurando padrões de excelência com foco na satisfação dos seus utilizadores por toda a Europa (EQUASS, 2017).

Os programas de certificação do EQUASS baseiam-se nos requisitos de qualidade europeus para os Serviços Sociais, conforme foram definidos pelo Quadro Europeu de Qualidade para os Serviços Sociais do Comité de Proteção Social (APQ, s./d.).

Este modelo é estruturado em três níveis de reconhecimento:

Nível I - EQUASS Assurance – Certificação da conformidade com critérios básicos da qualidade;

Nível II - EQUASS Excellence – Certificação de excelência, com maior exigência e foco estratégico;

Nível III – O Prémio Europeu de Qualidade nos Serviços Sociais – Reconhecimento máximo de desempenho e impacto (APQ, s./d.).

A estrutura do EQUASS determina dez princípios de qualidade e cinquenta critérios, que servem como base para os dois níveis de certificação mais operacionais: o EQUASS Assurance e o EQUASS Excellence, ambos com validade de três anos. Para que o nível Assurance seja alcançado, as organizações devem demonstrar conformidade com os 50 critérios estipulados, dispondo de sistemas simples, claros e acessíveis tanto para os profissionais como para os utilizadores. Os resultados devem ser significativos, atingíveis e baseados em indicadores relevantes para o contexto nacional. Por outro lado, o nível Excellence exige, para além da conformidade com os critérios do nível Assurance, a implementação de sistemas de auditoria interna, análise de tendências com base em dados mensuráveis, e uma prática sistemática de benchmarking e benchlearning, visando o aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados. (Ribeiro, 2023)

Assim, o EQUASS constitui-se como um referencial europeu robusto e progressivo, orientado para a consolidação de práticas organizacionais de excelência no setor social, promovendo uma cultura de qualidade sustentada em evidência e centrada no utente.

2.3.4.3. Modelo EFQM

O Modelo European Foundation for Quality Management (EFQM), foi criado em 1988 e apresentou-se como um instrumento estruturado para a realização de uma autoavaliação organizacional, permitindo a adaptabilidade para a especificidade de cada contexto institucional. Este modelo distingue-se das normas de certificação, tanto a ISO 9001 como o EQUASS uma vez que foi criado para as organizações que pretendem atingir níveis de excelência sustentáveis. (Ribeiro, 2023)

Este modelo estabelece duas componentes basilares: os meios, ou fatores facilitadores e os resultados. A primeira componente integra cinco critérios (Liderança, Política e Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos, e Processos) que refletem a forma como a organização atua e a segunda componente integra outros quatro critérios: Resultados Relativos aos Clientes, Resultados Relativos às Pessoas, Resultados na Sociedade e Resultados-Chave de Desempenho que avaliam os impactos das práticas adotadas pela organização. (Ribeiro, 2023)

Segundo Ribeiro (2023) *“Deste modo, o presente modelo é constituído por nove critérios e trinta e dois subcritérios, cada um dos critérios salienta uma área afetiva para a obtenção da qualidade, no que respeita à abordagem Meios o seu foco é na execução da organização, ou seja, o que esta faz, para quem, de que forma, com que meios, por sua vez, a abordagem Resultados reflete nos resultados das ações incentivadas pela primeira abordagem”*

Este modelo, segundo o autor Ballesteros (2004), passa por oito etapas essenciais:

1. *“Análise das características da organização;*
2. *Adequação do modelo aos critérios e à realidade institucional;*
3. *Definição de metodologias de implementação;*
4. *Constituição de uma equipa responsável pelo processo;*
5. *Aplicação de instrumentos de medição da satisfação;*
6. *Priorização das oportunidades de melhoria identificadas;*
7. *Elaboração de um plano de ação com base nas melhorias propostas;*
8. *Divulgação e comunicação do plano a todos os stakeholders.”*

De forma geral, o modelo EFQM apresenta-se como um referencial robusto para a gestão da qualidade organizacional, promovendo a sua melhoria contínua, a participação ativa das partes interessadas e o alinhamento estratégico com os objetivos de desenvolvimento sustentável.

2.3.4.4. Modelo de Qualidade das Respostas Sociais do ISS, I.P.

Este modelo surge com a necessidade de corresponder com as exigências da Comunidade Europeia tendo em conta os serviços prestados pelas Respostas Sociais, uma vez que essa necessidade se prendia com a vontade de garantir aos utentes dessas respostas um serviço de qualidade que correspondesse à satisfação das suas necessidades e expectativas. (Ribeiro, 2023)

Dado esta necessidade, em 2003 foi criado o “Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais” pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias Portuguesas e a União das Mutualidades Portuguesas. (ISS, 2015)

Dois anos mais tarde foram emitidos os primeiros referenciais da qualidade para as respostas Sociais Creche, Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia, sendo que de forma gradual foram sendo emitidos os referenciais para as respostas sociais Centro de Atividades Ocupacionais, Lar Residencial, Centro de Acolhimento Temporário e Lar de Infância e Juventude, Estrutura Residencial para Idosos e Acolhimento Familiar, por esta mesma ordem. (Guterres, Silva & Santos, 2010)

Surge então os Manuais da Gestão da Qualidade das Respostas Sociais como referenciais normativos, divididos em 8 critérios, sendo 4 deles que pretendem responder ao “o que se faz e como se faz” chamados como critérios meios e os outros 4 chamados de critérios resultados que pretendem responder “o que se conseguiu alcançar”.

Os requisitos dos critérios 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8 são semelhantes independentemente do tipo de Resposta Social, enquanto que o critério 4 está criado de forma individual para cada tipo de resposta social. (ISS, 2015)

Os Manuais da Gestão da Qualidade das Respostas Sociais pretendem a *“Implementação de um sistema de gestão da qualidade de uma organização, reunindo os princípios e conceitos de excelência que estabelecem os padrões de desempenho e os necessários critérios quantificáveis, que implementados de forma gradual, permitem avaliar todo o trabalho realizado, medindo a satisfação e perceção dos clientes, colaboradores e parceiros de uma determinada resposta social”* (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014 cit por Ribeiro, 2023).

Os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais são referenciais que compõem os requisitos mínimos para implementar um SGQ nas Respostas Sociais e constituem três níveis de exigência de acordo com os níveis C, B e A permitindo a sua implementação de forma gradual durante um determinado período de tempo. (ISS, 2015)

Para a obtenção da certificação é necessário que entidades externas habilitadas para o efeito reconheçam de forma externa a garantia da conformidade dos serviços prestados pela resposta social determinada pelo Modelo que lhe corresponde. As auditorias são feitas de 3 em 3 anos e a entidade que regulamenta o sistema de certificação é o Instituto de Segurança Social, I.P. (Ribeiro, 2023)

2.3.5. Implementação e Desafios do SGQ em Organizações Sociais

Segundo Pires (2016) o processo de implementação da NP ISO 9001:2015 destaca o conceito de organização e o seu contexto estabelecendo uma relação entre o SGQ, o planeamento estratégico e os recursos internos da organização. Este conceito deve ser o alicerce para a construção do Sistema de Gestão da Qualidade, em que as práticas organizacionais se alinham com os objetivos e exigências do meio.

De acordo com os autores Pinto e Soares (2018) a implementação do SGQ numa organização ocorre em dez etapas de forma gradual, não de forma linear, uma vez que algumas atividades propostas pelo sistema possam ocorrer em simultâneo por razões de eficiência do processo.

A primeira fase consiste no **levantamento da situação inicial** onde é suposto esquematizar os processos críticos da organização; na segunda fase segue-se a **sensibilização da gestão**, onde se promove o envolvimento da liderança de topo e formação dos quadros médios.

Posteriormente, segue-se o **âmbito do sistema, o contexto organizacional e política da qualidade**, onde os mesmos devem refletir os resultados do diagnóstico e envolver todos os colaboradores da organização. O que dá mote para o passo seguinte, a **equipa de projeto**, criada

pela organização de forma interna ou com apoio externo especializado e, conseqüentemente surge a nova fase, a **elaboração de um plano de implementação**, em que são definidos objetivos, responsabilidades e mecanismos de monitorização.

A formação de uma equipa de excelência é um passo fundamental para assegurar competências técnicas adequadas à implementação do SGQ, pois é essa mesma equipa que irá garantir que todas estas etapas sejam alcançáveis. Na fase seguinte, o **planeamento**, a organização analisa os requisitos normativos e integra-os nas suas práticas, adaptando se às especificidades da documentação interna. A fase que se segue, implementação e funcionamento, exige especial atenção na comunicação e compreensão dos novos requisitos junto dos colaboradores da organização.

A penúltima fase passa pela verificação e correção que consiste na realização de auditorias internas, análise de eficácia do sistema implementado e definição de ações corretivas. E por fim, a **certificação**, que constitui o culminar do processo, validando, por parte de uma entidade externa, a conformidade do SGQ com os requisitos da norma, reforçando a credibilidade e a confiabilidade das partes interessadas.

No entanto surgem sempre desafios na implementação e conseqüentemente certificação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Segundo Sampaio (2008 cit. por Martins, 2017) são eles:

- Falta de envolvimento da gestão de topo;
- Investimento inicial elevado;
- Custos elevados de certificação;
- Linguagem técnica da norma;
- Tempo dispensado pelos recursos humanos com a qualidade;
- Recursos humanos insuficientes para a qualidade;
- Dificuldade na mudança de mentalidade dos colaboradores;
- Falta de conhecimento específico dos auditores sobre o sector social;
- Excessivo suporte de documentação por parte dos auditores;
- Falta de ética das entidades certificadoras;
- Interpretações distintas por parte dos auditores relativamente aos mesmos aspetos.

Proença, (2011) reconhece também que a implementação de um SGQ não está isenta de desafios, para o autor destacam-se a resistência à mudança por parte dos colaboradores, o aumento da carga documental, a rigidez das estruturas organizacionais e a escassez de formação específica sobre gestão da qualidade.

Por isso, é fundamental um comprometimento efetivo da gestão de topo, assegurando condições para a capacitação, motivação e participação ativa de toda a equipa.

3. Capítulo III - Contexto Metodológico

Neste terceiro capítulo irão ser apresentados o conjunto de procedimentos científicos adotados para a realização desta investigação, no sentido de alcançar os objetivos definidos. Irá ser igualmente abordado a população e universo em estudo que foi selecionado para que se pudesse realizar esta investigação.

3.1. Objetivos Gerais

Ao longo desta tese de mestrado, pretende-se explorar as dimensões centrais do Sistema de Gestão da Qualidade em Comunidades Terapêuticas através da perspetiva do/a Diretor/a Técnico/a, identificar os seus desafios e contribuir para o avanço do conhecimento científico e prático na área em questão. Tendo em conta o referido, os objetivos gerais da investigação, segundo Espinoza (1986) cit. por Serrano (1997), *“são aqueles propósitos mais amplos que definem o quadro de referência do projeto”*.

Desta forma, o objetivo geral desta investigação é:

- Perceber a importância do Sistema de Gestão da Qualidade implementado em Comunidades Terapêuticas no tratamento dos toxicodependentes.

3.2. Objetivos Específicos

Segundo Serrano (1997), os objetivos específicos *“inscrevem-se, necessariamente, nos objetivos gerais e constituem especificidades mais precisas e restritas dos mesmos”*.

Seguem-se então, os objetivos específicos da investigação:

- Conhecer o Sistema de Gestão da Qualidade implementado em Comunidades Terapêuticas;
- Compreender as perceções dos intervenientes das Comunidades Terapêuticas sobre o processo de implementação dos Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ);
- Perceber o processo de escolha de modelo para cada CT;
- Identificar os desafios enfrentados pelas Comunidades Terapêuticas na implementação e manutenção do SGQ;
- Analisar relatos através do/a Diretor/a para compreender o impacto do SGQ na qualidade do tratamento e reinserção oferecido aos utentes;

- Definir qual os modelos de gestão da qualidade aplicados nas comunidades terapêuticas se aplicam melhor em meios rurais e meios urbanos;

- Apurar de que forma as comunidades terapêuticas sem Sistema de Gestão da Qualidade definem procedimentos, se é que o fazem.

3.3. Abordagem qualitativa

Segundo Nogueira & Santos (2023), uma investigação *“com uma abordagem qualitativa preocupa-se em compreender problemas de investigação que envolvam o comportamento, as atitudes e os valores das pessoas.”*

Tendo em conta os objetivos propostos, a escolha da metodologia qualitativa sempre pareceu algo adquirido, uma vez que estes pretendem compreender as perceções, experiências e sentires dos intervenientes. A interação humana, o contexto social e a subjetividade desempenham uma função central nesta investigação que só a abordagem qualitativa nos poderá demonstrar.

Godoy (2005) cit. por Augusto & outros (2013) *“destaca alguns pontos fundamentais para se ter uma “boa” pesquisa qualitativa, tais como: credibilidade, no sentido de validade interna, ou seja, apresentar resultados dignos de confiança; transferibilidade, não se tratando de generalização, mas no sentido de realizar uma descrição densa do fenómeno que permita ao leitor imaginar o estudo em outro contexto; confiança em relação ao processo desenvolvido pelo pesquisador; confirmabilidade (ou confiabilidade) dos resultados, que envolve avaliar se os resultados estão coerentes com os dados coletados; explicitação cuidadosa da metodologia, detalhando minuciosamente como a pesquisa foi realizada e, por fim, relevância das questões de pesquisa, em relação a estudos anteriores.”*

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em Comunidades Terapêuticas está naturalmente ligada às práticas organizacionais, às relações interpessoais, ao meio envolvente, às vivências relativamente aos programas terapêuticos, dimensões essas que dificilmente poderiam ser apuradas através de outros métodos.

Coutinho (2008) refere que *“os resultados de uma investigação qualitativa são sempre uma visão subjetiva que implica necessariamente o investigador com todo o seu background pessoal e profissional.”*

De forma a conseguir atingir os objetivos que se propõem serão realizadas duas técnicas de recolha de dados, a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada.

Pesquisa Documental

A pesquisa documental, segundo Cellard (2008), permite a exploração e o conhecimento sobre informações históricas e evolutivas que permitem ao leitor uma melhor compreensão sobre os procedimentos e práticas existentes acerca do tema central. Esta técnica permite fazer uma contextualização de várias temáticas relacionadas com o tema e será essencial para clarificar o processo de implementação do SGQ em Comunidades Terapêuticas e o seu impacto.

Entrevista

A entrevista é uma das técnicas de recolha de dados mais utilizadas e importantes na abordagem qualitativa que, segundo Flick (2009), permite captar narrativas pessoais ricas e contextualizadas. É caracterizada pela interação direta entre o entrevistador e o entrevistado, possibilitando a ambos a partilha de experiências, perceções e significados relativamente a uma temática.

Segundo Gil (1999), a entrevista é *“enquanto técnica de coleta de dados, (...) bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”*.

Desta forma, tendo em conta a temática da Importância do Sistema de Gestão da Qualidade em Comunidades Terapêuticas, a entrevista semiestruturada foi a escolhida para captar as perceções e sensações dos diretores técnicos e/ou outros técnicos participantes no processo.

Segundo Moreira (1994) cit. por Santos (2016), na entrevista semiestruturada, o *“entrevistador faz sempre certas perguntas principais, mas é livre de alterar a sua sequência ou introduzir novas questões em busca de mais informação”*.

O guião de entrevista é, segundo Guerra (2006) *“a clarificação dos objetivos e dimensões de análise que a entrevista comporta”* e este vai permitir, nesta investigação concreta, compreender como os intervenientes vivenciam e avaliam as práticas relacionadas com o Sistema de Gestão da Qualidade, identificar os desafios e oportunidades na implementação no SGQ e recolher *insights* importantes sobre a satisfação, recuperação e reintegração dos utentes.

A entrevista, especialmente na sua forma semiestruturada, representa uma ponte entre o investigador e o universo subjetivo do participante, permitindo ao entrevistador obter informações mais ricas, que dificilmente seriam obtidas por outros métodos.

3.4. Caracterização dos Entrevistados e Instituições

3.4.1. População e Universo em Estudo

Relativamente à caracterização dos entrevistados, os diretores técnicos entrevistados foram selecionados após uma abordagem exploratória onde todas as Comunidades Terapêuticas foram contactadas no sentido de perceber quais seriam as que tinham Sistema de Gestão da Qualidade e quais não. Após essa primeira abordagem foi sentida alguma dificuldade em obter disponibilidade da parte das Comunidades Terapêuticas para uma entrevista. Foi também notada que a ideia pré-concebida de que todas as Comunidades Terapêuticas teriam Sistema de Gestão da Qualidade caiu por terra e dessa forma, não querendo generalizar e foi feito o estudo com base em casos concretos.

Foram, então, selecionadas duas CT's com Modelos diferentes e outras duas sem SGQ uma vez que a quantidade de Comunidades Terapêuticas sem Sistema de Gestão da Qualidade era imensamente superior.

Estes selecionados apresentam formações académicas semelhantes, predominantemente na área da Psicologia Clínica, com especialização em dependências, evidenciando o compromisso técnico e teórico na abordagem às questões da toxicodependência, como é o caso do diretor técnico da Comunidade “Praia” em que afirma que a sua área de formação “*é psicologia criminal ou forense e da exclusão social*”, da diretora técnica da Comunidade Montanha “*(...) formada em Psicologia Clínica, com algumas especializações na área das dependências, (...) formações de Gestão de Equipas, Gestão de Conflitos e Terapia familiar.*” da diretora técnica da Comunidade “Campo” que é formada em “*Psicologia Clínica, com especialização em Dependências e Comportamentos Aditivos e algumas formações específicas na área da gestão da qualidade em serviços sociais, especialmente centrados no modelo EQUASS(...)*” e da diretora técnica da Comunidade Jardim que licenciou-se em “*Psicologia e Mestrado em Psicologia Social e das Organizações*”.

A formação específica em dependências surge em todas as entrevistas, reforçando que a especialização e a qualificação técnica são fundamentais para desempenhar eficazmente as funções nesta área de intervenção social, é possível também constatar que todos os Diretores Técnicos entrevistados têm como área de formação a Psicologia embora não seja um requisito para tal uma vez que o SICAD tem como principais critérios de uma Comunidade Terapêutica “*Dispor de Diretor Técnico devidamente habilitado, o qual é responsável pela definição e execução do programa terapêutico;*”.

A experiência acumulada nas funções varia, com períodos entre 5 e 9 anos, demonstrando uma estabilidade relativa nas posições de liderança nestas comunidades terapêuticas. Tal estabilidade favorece a implementação de estratégias consistentes e um conhecimento aprofundado da realidade institucional, como por exemplo o Diretor Técnico da Comunidade “Praia” que começou o seu percurso como Monitor Terapêutico e que considera que *“é muito bom, tu teres uma grande área de trabalho aqui dentro, ou seja, eu não ter sido logo o psicólogo deu-me uma visão muito mais alargada daquilo que é o utente dentro de uma comunidade terapêutica. Deu-me também a conhecer com a prática, o nosso quotidiano, a nossa rotina, e foi isso que me ajudou hoje em dia, se calhar a ter uma prática da psicologia mais próxima e mais atenta perto do utente.”*

Em relação às Instituições inquiridas, existe uma variação significativa no número de utentes entre as comunidades, com números que oscilam entre 6 e 25 utentes, sendo a Comunidade “Praia” a que acolhe, neste momento, menos utentes *“(…) 6 utentes, posso-te inclusivamente dizer que desses 6, 2 são em regime privado e 4 são em regime convencionado. Neste momento temos, eu não te quero estar a induzir em erro, mas penso que temos 4 alcoólicos e 2 de outras drogas químicas, portanto, falamos de heroína e cocaína (…)”* e a Comunidade “Campo” a que acolhe, neste momento, mais utentes, *“11 dos nossos utentes encontram-se em tratamento devido ao consumo problemático de drogas como heroína, cocaína e haxixe, e 14 por dependência alcoólica.”*, sendo que nenhuma afirmou ter um utente adito ao jogo, pois assim como a Comunidade “Montanha” refere que *“é muito raro recebermos pedidos de admissão dessa ordem, mesmo muito raro.”*

Em relação ao modelo terapêutico que cada uma adotou, a Comunidade “Praia” que *“em termos de psicologia, cognitivo-comportamental (…)* o modelo que implementamos é o processo de mudança de Prochaska e Diclemente”, a comunidade “Montanha” tem como modelo *“o modelo Cognitivo-Comportamental focado na abordagem psicossocial de cada utente. A Terapia Cognitivo-Comportamental é implementada aqui na Comunidade de forma estruturada através de terapias individuais e de grupo (…)”*. No entanto a comunidade “Campo” adotou o modelo *“Minnesota, anteriormente conhecido pelo modelo dos 12 passos. Pretendemos com este modelo uma abordagem em que eles sintam a responsabilidade individual pelas suas escolhas, que se foquem no autoconhecimento, e que se apoiem enquanto comunidade(…)”* e a comunidade “Jardim”, o *“Modelo Holandês. Nós pretendemos minimizar o máximo possível os danos tanto para os utentes como para a comunidade em geral, acreditamos que podemos atrasar o início das drogas “duras” e trabalhamos para que estas pessoas deixem de ser postas à margem na sociedade e que a sociedade veja o seu potencial e não somente as suas falhas.”*

Esta diferenciação permite-nos observar que cada comunidade tem uma capacidade e especialização diferentes, ainda que enfrentem desafios semelhantes ao nível da gestão individualizada dos utentes e da complexidade das suas problemáticas.

4. Capítulo IV – Análise e Discussão de Resultados

Neste quarto capítulo pretende-se abordar quatro categorias de análise sendo elas os Modelos de Gestão da Qualidade Aplicados, Processo de Escolha do Modelo e Implementação, Procedimentos e Desafios na implementação e Manutenção e Qualidade do tratamento e Reinserção onde através dos dados recolhidos pretende-se analisar, discutir e comparar dados que nos levem à conclusão do estudo.

4.1. Modelos de Gestão da Qualidade Aplicados

As Comunidades Terapêuticas têm como objetivos comuns a oferta de um tratamento individualizado para reabilitação das dependências de forma geral, sejam elas químicas ou não. Tendo em conta esses objetivos, os Modelos de Gestão da Qualidade surgem como uma ferramenta capaz de garantir uma melhoria contínua em todos os processos desde a manifestação de interesse de iniciar um tratamento, mas principalmente na eficácia dos resultados. Segundo o IDT (2011), *“A certificação da qualidade assume-se como uma garantia importante de controlo sobre todas as dimensões e atividades das unidades prestadoras de cuidado. Tem um relevante papel de reforço de todas as iniciativas que as entidades fiscalizadoras, e as próprias Comunidades Terapêuticas, possam levar a cabo, no sentido de pugnar pela manutenção e adequação dos standards da intervenção.”*

Em relação à categoria de análise “Modelos de Gestão da Qualidade Aplicados”, a Comunidade Terapêutica “Praia” tem implementado o Modelo de Gestão ISO 9001 embora neste momento não estejam certificados. O Diretor Técnico afirma *“Neste momento não somos. Já fomos (...) percebemos que não era necessário sermos certificados para continuar a ter a gestão de qualidade (...) com a pandemia ia significar que teríamos que fazer muitas reestruturações, reestruturações que com a equipa que estávamos a perder, nesse momento fomos perdendo pessoas, não iríamos conseguir fazer.”*

Por outro lado, a Comunidade Terapêutica “Campo” tem implementado e é certificada pelo Modelo de Gestão EQUASS Assurance, e a Diretora Técnica assume orgulhosa *“somos mesmo uma das poucas comunidades certificadas pelo modelo EQUASS Assurance e isso deixa-nos muito orgulhosos, e já estamos a preparar a implementação para um dos nossos apartamentos de reinserção (...) Estamos certificados desde meados de 2018”.*

No entanto, nem todas as Comunidades Terapêuticas possuem a implementação formal destes sistemas pois tanto a Comunidade Terapêutica “Montanha” como a Comunidade Terapêutica “Jardim” não possuem nenhum Sistema de Gestão da Qualidade, ainda que

conheçam os Modelos existentes. A Diretora Técnica da Comunidade Terapêutica "Montanha", embora reconheça vantagens num sistema rigoroso, prefere uma abordagem empírica e informal devido à perceção de custos elevados e processos burocráticos excessivos, *"não sentimos essa necessidade de uma forma muito vincada porque fomos criando o nosso próprio método de trabalho (...) já foi debatido informalmente com a nossa Direção, mas nunca se avançou com um plano estruturado de implementação, até porque os custos acabam por ser elevados"*.

Já a Comunidade Terapêutica "Jardim" tem preocupações semelhantes relativamente à dimensão organizacional, custos financeiros elevados e às consequências práticas que o excesso de burocratização lhes poderia trazer, tendo em conta que conhecem as especificidades dos modelos. A Diretora Técnica afirma *"conhecemos, por exemplo a ISO que é a mais conhecida,"* mas *"nunca foi um tema que a direção demonstrasse muito interesse em abordar e muito sinceramente eu não sinto que isso viesse trazer grandes melhorias (...) isso implicaria muito trabalho e muita despesa que não temos (...) acho que isso iria mudar a nossa dinâmica e iria tornarmo-nos menos espontâneos e humanos em relação aos utentes."*

Este tipo de afirmações vai de encontro à visão de Costa e Mendes (2018) em que as organizações sociais tendem a evitar este tipo de compromissos formais de forma consciente e informada devido à complexidade burocrática, dando preferência a uma gestão mais flexível e adaptada ao meio específico em que atuam sem comprometer recursos, muitas vezes já escassos e necessários de ser empregues naquilo que são as intervenções terapêuticas. Independentemente do facto de ter ou não a Comunidade Terapêutica certificada por um Modelo de Gestão é essencial que cada comunidade mantenha um compromisso verdadeiro com a qualidade da intervenção prestada, adaptando as suas práticas à realidade concreta em que operam.

Ainda em relação à categoria de análise "Modelos de Gestão da Qualidade Aplicados", um dos objetivos do estudo pretendia perceber se o contexto geográfico envolvente estaria relacionado com o Modelo de Gestão de cada Comunidade, no entanto todas as Comunidades Terapêuticas inquiridas afirmam ter a sua instituição num meio rural.

De forma geral, os Diretores Técnicos veem esta característica da Comunidade como algo positivo e até mesmo facilitador por considerarem ser um ambiente propício à recuperação e reabilitação terapêutica dos utentes.

Tendo em conta as afirmações do Diretor Técnico da CT "Praia", o meio rural é claramente uma vantagem, *"estamos no meio de duas aldeias e dava-nos muito a oportunidade para nós começarmos perto destas aldeias a ter um impacto naquilo que é o exterior, a sociedade. (...) de facto a nossa área envolvente é muito grande. Podemos tirar proveito da natureza para aquilo"*

que é a terapia. Habitualmente dizemos, uma boa terapia faz-se também com exercício, ok mas para além do exercício físico, aquilo que é nosso bosque, aquilo que é a nossa floresta também é muito importante, relaxamento, reflexão, ter espaço para estar em contacto com aquilo que nós, no meio de uma cidade não conseguimos ter.”

Na mesma linha de pensamento, a Diretora Técnica da Comunidade Terapêutica “Campo” menciona *“faz-me imenso sentido porque se queremos criar um ambiente seguro, protegido, tranquilo e sem distrações exteriores, a localização é a chave porque proporciona momentos de introspeção e isolamento, e ainda que sejam poucas as vezes, as saídas fora da comunidade a pé conseguem manter todas estas características e ainda adicionar de forma gradual a presença de pessoas da comunidade nas suas vidas.”*

Assim como a Diretora Técnica da Comunidade “Jardim” que afiança que *“o afastamento lhes permite desconectarem-se da vida que levavam e acabam por estarem longe das pressões do seu meio envolvente em que viviam e que os levava aos consumos. O contacto com a natureza acredito que lhes traga alguma paz e tempo para pensarem ou repensarem nas escolhas que fizeram e nas escolhas que farão a partir daqui.”*

De acordo com De Leon (2000) a localização das Comunidades Terapêuticas pode ser uma das condições para a introspeção e recuperação emocional, promovendo o distanciamento das realidades urbanas relacionadas com os consumos de substâncias.

No entanto, a Comunidade Terapêutica “Montanha” apesar de ver muitas vantagens como por exemplo *“um maior afastamento dos estímulos que os levavam aos consumos porque numa fase inicial os consumos ainda estão tão presentes nas suas vidas que qualquer coisa lhes faz lembrar aquela sensação de êxtase quando consumiam e rapidamente vem a angústia de não a poder realmente sentir. E por isso o meio rural permite-lhes um ambiente mais tranquilo, de mais introspeção”*, também vê algumas desvantagens limitativas e afirma, *“na fase final do programa acaba por se calhar ser uma desvantagem porque não se conseguem ir pondo à prova com a observação de estímulos exteriores (...) a nível da própria reinserção acabam por estar perante alguns desafios logísticos para chegar a qualquer lugar ou conseguir tratar de alguma burocracia”*.

A concordância observada entre as várias comunidades entrevistadas de forma geral reforça que o meio rural oferece várias vantagens significativas para o processo terapêutico, que permite aos utentes potenciar fatores decisivos para o sucesso do seu programa, como é o caso da tranquilidade, estabilidade emocional e introspeção mencionada pelos Diretores Técnicos. Desta forma podemos admitir que a decisão pela localização é algo pensado de forma estratégica centrada no bem-estar dos utentes e na promoção de saúde mental, independentemente de qual o Modelo de Gestão possuem ou até mesmo se não o possuem.

4.2. Processo de Escolha do Modelo e Implementação

Em relação à categoria de análise “Processo de Escolha do Modelo e Implementação”, a Comunidade Terapêutica “Praia” adotou o modelo ISO 9001 e segundo o Diretor Técnico a escolha prendeu-se com a valorização externa que uma certificação tem e a perceção de confiabilidade que é transmitida aos potenciais utentes e famílias e parceiros institucionais. Nas palavras do próprio, ele refere *“um certificado é sempre uma boa publicidade para as pessoas que nos procuram, portanto, entrar no nosso website, por exemplo, e veres que somos certificados pela ISO 9001, para muitas pessoas deve ser logo “ah esta comunidade deve ser boa”, “ah espera porque esta comunidade é certificada, porque esta comunidade deve ter uns standards muito bons porque eles são certificados”. Publicidade.”*. No entanto, o mesmo refere que deixaram cair o certificado devido à pandemia, mantendo a gestão da qualidade de forma interna, embora sem certificação de forma oficial, como já foi referido na categoria de análise acima, ainda que tenham sido certificados *“mais ou menos, durante 10 anos certificados.”*

Para o autor Ramos (2009) cit. por Ribeiro (2023), *“A implementação de um SGQ não implica necessariamente que a organização ou empresa tenha ou pretenda adquirir um sistema de qualidade, pois para ser certificado é necessário estar em conformidade com uma determinada norma.”*

Segundo Ramos (2009) cit. por Ribeiro (2023), *“As organizações sociais encaram a implementação de um SGQ como um método onde é possível considerar de melhor forma as exigências dos consumidores, estabelecer e controlar melhor os processos de trabalho, conceber o enquadramento mais adequado para a melhoria contínua, demonstrar confiança a todos os colaboradores e clientes sobre os seus produtos ou serviços”*.

Para a Comunidade Terapêutica “Campo” o Modelo de Gestão EQUASS Assurance foi uma decisão tomada de forma muito consciente e a escolha prendeu-se com a especificidade do modelo em si que vai de encontro aos valores da instituição, o facto de ser um modelo europeu e a visibilidade que isso traria à Comunidade. Marinho (2015) afirma que o Modelo EQUASS Assurance *“corresponde a um sistema de garantia e controlo da qualidade que permite às organizações encetarem um processo de certificação externo, reconhecido a nível Europeu, através do qual atestam a qualidade dos seus serviços junto dos stakeholders.”*

Nas palavras da Diretora Técnica as principais motivações para a certificação foram *“Prestígio, estruturação e qualidade no serviço. Prestígio porque é algo que nos diferencia das outras comunidades e acabamos por ficar mais reconhecidos e por sermos escolhidos em vertente de outras. Estruturação a nível burocrático pois os procedimentos acabam por ser muito*

metódicos o que nos facilita na organização e consequentemente oferecemos um melhor serviço aos nossos utentes.”, quanto à escolha do modelo a mesma afirma “acaba por ser um modelo mais específico para as organizações sociais e é um modelo específico europeu (...) vai de encontro aos nossos valores enquanto instituição”.

Segundo Lopes (2014) cit. por Ribeiro (2023) *“Existem distintas razões pelas quais as empresas ou organizações levam a investir na formalização da implementação de um sistema de qualidade, como por exemplo: redução de custos na qualidade, estes podem influenciar a competitividade organizacional; melhoria contínua de processos; cumprimento de requisitos normativos, estatutários ou legislativos; necessidade de clientes ou possíveis consumidores; alargamentos de novos mercados; reforço e aperfeiçoamento dos canais de comunicação entre secções”.*

Tanto a Comunidade Terapêutica “Montanha”, como a Comunidade Terapêutica “Jardim”, não são certificadas nem possuem nenhum tipo de Sistema de Gestão de Qualidade, no entanto conseguem reconhecer algumas vantagens na implementação. A Diretora Técnica da CT “Montanha” refere algumas delas, *“nomeadamente como a padronização das práticas, a melhoria da comunicação interna, (...) traria também maior clareza nas funções, otimização de recursos e, principalmente, maior qualidade na prestação do serviço aos utentes, porque há sempre margem para progressão”.* No entanto a mesma refere que as desvantagens não lhes permite equacionar essa hipótese *“este tema já foi debatido informalmente com a nossa Direção, mas nunca se avançou com um plano estruturado de implementação, até porque os custos acabam por ser um pouco elevados.”* Segundo o autor Franco (2010) cit. por Marinho (2015), *“várias são as limitações que estas organizações encontram, como é o caso do financiamento que é público, o que lhes retira autonomia e liberdade. Assim sendo, as organizações acabam por deparar-se com reduzidos recursos humanos e materiais, havendo poucos funcionários que poderiam desempenhar funções estratégicas, acabando mesmo por não conseguir, muitas das vezes, cumprir as exigências legais delineadas”.*

Já a Comunidade “Jardim” ainda que possa equacionar uma vantagem, para a Diretora Técnica isso não é significativo para os fazerem querer ser certificados, *“ainda que possa ser uma mais valia se calhar a nível de publicidade não acho que isso defina a qualidade do nosso trabalho”* e até porque reconhecem algumas desvantagens que não os faz interessarem-se pelo tema uma vez que, *“isso implicaria muito trabalho e muita despesa que não temos. (...) iria mudar a nossa dinâmica e iria tornarmo-nos menos espontâneos e humanos em relação aos utentes”.*

Em relação à implementação do SGQ, e em relação às medidas específicas que foram aplicadas após a certificação, o Diretor Técnico da Comunidade “Praia” referiu que não lhe era

possível mencionar por não ter estado nesse momento *“não te consigo precisar. Porque (...) foi bastante antes de eu ter entrado”*. No entanto refere que os principais intervenientes no processo na altura foram a *“gestora dos processos de qualidade, que é também os nossos recursos humanos, dentro desta comunidade terapêutica, foi ela a impulsionadora, depois com a ajuda de várias pessoas que nesse momento estavam aqui na equipa técnica, a nossa assistente social, a nossa técnica de serviço social, a nossa diretora técnica da altura e depois o responsável pela área de saúde, também a responsável, que acabava por ser a nossa técnica de serviço social, pelo HACCP aqui da nossa comunidade. Portanto estamos a falar de áreas como cozinha, dispensário, que é o local onde se toma a medicação, e todos os processos envolventes administrativos daquilo que são, o percurso terapêutico dos nossos utentes aqui na comunidade.”*

Já a Diretora Técnica da Comunidade Terapêutica “Campo” indica algumas das medidas que foram implementadas durante o processo embora algumas delas já estivessem a ser executadas de forma básica, antes da tomada de decisão da implementação de um SGQ, como explica a mesma, *“algumas medidas já tínhamos, embora de forma rudimentar sem estarem estruturadas, mas a implementação de avaliações periódicas, reuniões semanais e mensais de equipa, avaliações de satisfação regulares com os utentes, documentação detalhada e organizada, formalização de processos terapêuticos, e por aí fora, veio com a implementação do sistema da qualidade.”* Quando abordada sobre os principais intervenientes do processo a mesma refere que *“foi a direção, nomeadamente o departamento da qualidade, a direção técnica e a equipa disciplinar da altura. (...) lembro-me das alterações que tivemos de fazer a nível burocrático, nomeadamente, nos processos terapêuticos de cada utente e (...) da elaboração de estratégias para obter elementos avaliativos e de melhoria, foram feitas auditorias internas com mais regularidade para nos prepararmos para as auditorias externas, foi-nos dada formação para nos adaptarmos a novos procedimentos, tanto a nível farmacêutico como, sei lá, de limpezas de espaços, por aí. E outros intervenientes foram também os utentes da altura que ao lhes ser criado um espaço onde pudessem expressar feedback em relação ao funcionamento também fez com que fizéssemos alterações para lhes proporcionar um maior bem-estar, dentro do que estava ao nosso alcance e que nos fazia a nós, equipa, sentido.”* Estas declarações vão de encontro aos autores Pinto e Soares (2018), cit. por Mendes (2019), *“A implementação de um SGQ demonstra a aptidão da empresa para produzir, consistentemente (...) serviços que estão de acordo com os requisitos do cliente e melhorar a satisfação do cliente, através da melhoria contínua da eficácia do sistema”*.

4.3. Procedimentos e Desafios na Implementação e Manutenção

Em relação à categoria de análise “Procedimentos e Desafios na implementação e Manutenção” importa referir que a implementação e manutenção de um Sistema de Gestão da Qualidade numa Comunidade Terapêutica envolve processos com alguma complexidade dado os desafios e especificidades de cada uma, daí a importância dos procedimentos bem definidos.

O Diretor Técnico da Comunidade Terapêutica “Praia” define os procedimentos da comunidade como *“bem estabelecidos, às vezes a dificuldade é nós seguirmos esses procedimentos e compactuarmos com aquilo que está escrito. Nós anualmente, temos uma auditoria interna e a partir dessa auditoria vemos o que é que está a correr melhor e o que é que está a correr menos bem e é aí que nós vamos otimizando então o nosso Sistema de Gestão da Qualidade e as nossas linhas de intervenção”*.

No caso da Comunidade Terapêutica “Campo”, a Diretora Técnica afirma que os seus procedimentos *“são definidos de forma coletiva, em reuniões semanais ou mensais com base nas exigências do modelo e também adaptados à nossa própria realidade. Mais uma vez vamos apoiando no feedback dos utentes e claro dos próprios monitores e psicólogos que muitas vezes são quem está mais presente no quotidiano, até mais os monitores e que ao porem a mão na massa (...) acabam por perceber o que é necessário alterar, o que funciona e o que não funciona.”*

A Comunidade Terapêutica “Montanha” ainda que não tenham Sistema de Gestão da Qualidade, definem igualmente procedimentos de atuação embora que *“de forma empírica, com base na experiência da equipa e nas exigências legais definidas pelas entidades como o ICAD, entre outros. Utilizamos protocolos internos e reuniões regulares, semanais, para garantir alinhamento”*, segundo a Diretora Técnica.

À semelhança, a Comunidade Terapêutica “Jardim”, aclara, tendo em conta a Diretora Técnica, que os procedimentos *“vão sendo adaptados pelas necessidades emergentes e concretas dos nossos utentes, pela nossa experiência enquanto profissionais e juntamo-nos semanalmente para alinhar pensamentos e formas de atuação para andarmos em sintonia, o que tem resultado até agora.”*

No entanto quando questionados pelos desafios que a sua instituição lhes traz, a maior parte deles, embora uns de forma mais vincada que outros remetem para o entendimento entre colaboradores, ou seja, referem que nem sempre é fácil explicar aos colaboradores as formas de atuação e que estes aceitam esses esclarecimentos por resistência à mudança. Para além disso, são mencionadas algumas complexidades logísticas e emocionais.

Como é o caso da Comunidade Terapêutica “Praia” em que o Diretor Técnico define como principais desafios *“fazeres perceber todas as pessoas que trabalham nesta comunidade, o*

porquê de serem implementadas estas normas e estas regras. Porque é que é importante? E depois segui-las. Porque, como deves imaginar quanto temos 20, 25 ou 30 utentes, tudo o que tome, ou tudo o que diz respeito à parte da medicação torna-se mais complicado, portanto, não é que as pessoas queiram fazer as coisas “às três pancadas”, mas torna-se mais exacerbatante esta situação, e por vezes, não há disponibilidade emocional para as pessoas cumprirem com aquilo que é expectado. E depois também há falta de investimento às vezes pelos próprios trabalhadores, não procuram saber, o que é que está estipulado para cada área e eu acho que isso é um dos grandes desafios, manteres todas as pessoas envolvidas que praticam ou que tão dentro deste Sistema de Gestão de Qualidade todos os dias interessadas nele e que o compreendam”.

Segundo Pacheco (2023), um dos maiores desafios é realmente, uma “menor disponibilidade ou mesmo indisponibilidade dos recursos que tinham sido alocados para dar suporte ao processo de implementação, (...) é importante as organizações encontrarem formas de perceber que a certificação não é o fim mas sim apenas uma etapa, importante, do processo; a dificuldade na manutenção das metodologias definidas durante o processo foi também um desafio referenciado.”

Reconhece ainda que as principais áreas de melhoria na comunidade são “tudo o que é área de saúde, penso que ainda existe muitos erros, (...) a vida aqui em comunidade é uma vida muito intensa e é normal nós por vezes deixarmos, aquilo que não conhecemos, ou que não percebemos porque é que tem de ser feito para depois e não para o momento. A área de saúde, não é por ser eu agora o responsável, mas sempre foi o calcanhar de Aquiles nesta comunidade terapêutica, sempre foi, nas auditorias a área onde nós levávamos mais inconformidades e onde nós tínhamos sempre que fazer novas atualizações e responder o porque de não estar a ser cumprido aquilo que era suposto ser.”

A Comunidade Terapêutica “Montanha” ainda que não tenha Sistema de Gestão da Qualidade, como já foi referido, encontra também desafios naquilo que é a sua dinâmica como “a rotatividade dos profissionais e a dificuldade em manter uma equipa estável, motivada e coesa, porque com tantas mudanças acaba por ser difícil definir até muitas vezes regras básicas (...) ao não haver um manual que contemple certas noções de funcionamento e regras, há um esquecimento da nossa parte de as transmitir e depois o colaborador assume a sua própria decisão sem consultar porque acha que não há necessidade para o fazer,(...) Outro desafio relevante é a criação de estrutura, ou a falta dela, digamos assim, para muitas vezes atender à complexidade dos casos que recebemos, como os duplos diagnósticos e contextos familiares muito desestruturados e até mesmo com tendências suicidas muito ativas digamos assim.”. Também a Diretora Técnica reconhece áreas de melhoria como a “gestão da informação clínica,

a documentação dos processos, a falta do acompanhamento pós a alta” e a falta de criar um “maior enriquecimento de parcerias de reinserção pois muitos deles inicialmente após a sua alta pretendem ficar perto da comunidade devido à ancoragem que sentem em relação a nós e sinto que ter parcerias de reinserção lhes permitiria ingressar na dimensão profissional de uma forma mais rápida e eficaz.”

Para a Diretora Técnica da Comunidade Terapêutica “Campo”, os desafios prendem-se com *“a resistência inicial à mudança e que ainda se vai mantendo, embora menos, por parte dos colaboradores porque muitas vezes perguntam “ah mas porque é que temos de fazer assim se antes fazíamos de outra forma e sempre resultou” e eu tenho de explicar que ser certificado também implica um rigor diferente e que temos de criar estratégias para que não haja falhas, ou pelo menos que haja menos falhas para continuarmos sempre a progredir, mas o que parece agora assim fácil de explicar nem sempre o é e nem sempre as pessoas do outro lado estão dispostas a aceitar. Essa para mim é um dos principais desafios, manter a equipa comprometida e motivada com estas práticas, porque nem sempre é fácil.”*

Segundo estudos recentes realizadas por *“Heras-Saizarbitoria, I.; Casadesús, M.; Marimón, F. (2011) identifica os obstáculos associados à certificação, nomeadamente: dificuldades financeiras, o baixo envolvimento da gestão e a baixa motivação dos recursos humanos, esta última com maior relevo dado tratar-se de uma componente essencial no que toca aos serviços prestados pelas instituições do Terceiro Sector.”* (Martins, 2017)

Em relação às áreas de melhoria, a mesma torna-se muito objetiva e sucinta e refere a *“simplificação dos processos administrativos porque muitas vezes não nos permite dedicar tempo à nossa intervenção direta com os utentes.”*

Por fim, a Comunidade Terapêutica “Jardim” menciona como principais desafios na dinâmica da CT *“os conflitos existentes entre os utentes que muitas vezes atingem limites que não podem ser ultrapassados e às vezes não é fácil atuar de forma rápida e eficaz (...) Em relação a nós, as limitações financeiras muitas vezes também são um desafio porque não nos permite ser muito expansivos em relação a inovações, mas temos de dar aso à nossa criatividade e imaginação e criar muitas vezes atividades que não necessitem de ter custos”*. Como principais áreas de melhoria a Diretora Técnica refere a falta de *“contacto após tratamento com os utentes ou de alguma forma dar seguimento”*.

Podemos observar tendo em conta estes dados que as Comunidades Terapêuticas enfrentam desafios semelhantes naquilo que é a implementação e manutenção dos Sistemas de Gestão da Qualidade e na Dinâmica da comunidade para aqueles que não possuem SGQ. Esses desafios são ao nível da resistência à mudança por parte dos colaboradores, dificuldade de adesão às

normas e procedimentos que são impostos, e a desafios de ordem estrutural e financeira decorrentes da falta de recursos tanto humanos quanto financeiros.

Em relação às áreas de melhoria existem alguns aspetos comuns como é o caso da preocupação por parte dos Diretores Técnicos com a reinserção dos utentes, ou seja, no acompanhamento pós-tratamento, que não existe; na complexidade da burocratização dos processos clínicos; e na gestão de colaboradores e das suas funções.

4.4. Qualidade do Tratamento e Reinserção

Em relação à categoria de análise “Qualidade do Tratamento e Reinserção” foi possível observar através da perspectiva dos Diretores Técnicos sobre a satisfação dos utentes durante e após o tratamento, aquilo que para eles é um fator diferencial na qualidade do tratamento e de que forma é que o avaliam.

No caso da Comunidade Terapêutica “Praia”, o Diretor Técnico refere que *“Todos os anos passa um questionário e aí sim, só uma vez por ano, onde os utentes respondem a várias questões para nós avaliarmos o grau de satisfação de cada utente. Infelizmente, não temos nenhum questionário para aplicar aos utentes que têm altas ou que vão abandonando”*. Quando questionado sobre o facto de, segundo a sua perspectiva, o SGQ afeta o tratamento dos utentes, a resposta é clara *“é claro que vai afetar o tratamento dos utentes, (...) Porque se nós estamos mais conscientes do que é que deve ser feito e da melhor maneira, então isto vai impactar o programa dos utentes porque eles vão receber o tratamento de qualidade. (...) se se apercebem porque é que está a ser aplicado? Não, não percebem, mas que são impactados por o nosso Sistema de Gestão de Qualidade interno ou não, isso são e isso vê-se na taxa de retenção que vamos tendo todos os anos nos nossos utentes.”*

Em relação à Comunidade Terapêutica “Montanha”, a Diretora Técnica revela que a forma como avaliam a satisfação dos utentes é através de *“reuniões semanais de partilha com os utentes, onde recolhemos feedback qualitativo sobre o funcionamento da comunidade e onde os mesmos podem sugerir também alterações para aprovação pela equipa. Temos também um inquérito por questionário de avaliação no final do programa”*.

Já a Diretora Técnica da Comunidade “Campo” refere que avaliam o grau de satisfação dos utentes *“a cada seis meses (...) respondem a um questionário de satisfação e têm sempre as terapias individuais e de grupo onde podem ir dando feedback, embora não seja algo estruturado e vem de forma informal, digamos assim, é algo que tomamos em consideração.”*

Já a Comunidade Terapêutica “Jardim” elabora *“um questionário de satisfação por volta desta altura porque normalmente é quando temos maior taxa de utentes em tratamento”*, segundo a Diretora Técnica.

Quanto aos fatores determinantes para a satisfação dos utentes os Diretores Técnicos têm opiniões comuns onde referem que os mesmos passam pelo cuidado e atenção que os técnicos lhes dedicam, pelo ambiente em que se encontram e pelas aprendizagens que adquirem através dos técnicos.

Como refere o Diretor Técnico da CT “Praia” que se sente bastante orgulhoso da sua equipa e que considera ser esse o fator diferencial na satisfação dos utentes *“eu acho que é a equipa técnica que faz muito a parte do programa e que faz muito que os utentes se mantenham connosco, não são propriamente as instalações, não é propriamente a medicação ser bem dada, mas sim a humanidade com que tratamos os nossos utentes. (...) É a equipa técnica que é o grande pilar desta comunidade terapêutica é a equipa técnica que consegue promover o bem-estar e que consegue também promover, aqui o interesse deles se manterem connosco. (...) na minha opinião é esta fantástica equipa técnica que faz um bom trabalho e que mantém aqui um grau de satisfação elevado”*. No entanto reforça a importância do Sistema de Gestão da Qualidade na melhoria da forma como os utentes são tratados nos dias de hoje, *“tal e qual como outras comunidades terapêuticas foi preciso muito estudo muita aplicação do Sistema de Gestão da Qualidade para passarmos das tisanas a medicação, de tratamentos a sangue frio para tratamentos mais humanitários, para termos a atenção com um utente de maneira diferente, portanto, um utente não é um trabalhador, um utente é isso mesmo, um utente, um cliente que está aqui para ser tratado, esta visão muda porque também houve a necessidade e também porque houve alguém que pensou, “não, temos que aplicar aqui uma quantidade de regras, aplicar uma quantidade de normas para que as pessoas sejam tratadas como merecem, como devem e como pagam”*. E reforça o ambiente que se vive na comunidade que dirige *“bom demais, porque eu quero que os meus utentes estejam bem, eu quero que os meus utentes se sintam bem, mas nós não somos uma instância de férias, portanto isto também tem de doer e tem de magoar um bocadinho, mas nós de facto oferecemos aos nossos utentes todas as condições para eles estarem bem, para eles se sentirem confortáveis e para eles aprenderem a ser um bocadinho egoístas, a pensarem neles próprios, e depois nos outros, a pensarem o que é que vêm aqui fazer. Temos uma infraestrutura excelente, precisamos de melhorias, precisamos de obras (...) Mas temos tudo, tudo para eles se sentirem bem.”*. O mesmo deixa ainda um conselho *“se esta casa sentiu a necessidade de implementar então que continuemos a sentir a necessidade de os atualizar”*.

Assim como a Comunidade referida anteriormente, também a Comunidade Terapêutica “Montanha” refere que os fatores determinantes na satisfação dos utentes são *“acho que acima de tudo a relação com os profissionais e a forma como os mesmos humanamente os tratam, o sentimento de pertença a um grupo que muitas vezes é mais do que alguma vez tiveram lá fora, e de certo modo a existência de regras que lhes permite vivenciar um ambiente controlado e calmo, algo que não estavam habituados, pois permite-lhe uma estabilidade emocional que de certo modo os motiva e satisfaz”*. No entanto após o tratamento a Diretora Técnica refere que *“não temos um acompanhamento pós-alta porque não temos estrutura para isso... no entanto aquilo que aconselhamos todos os utentes é a manterem-se acompanhados pela sua equipa de tratamento para que não se sintam desamparados lá fora.”* Em relação ao ambiente terapêutico que a instituição proporciona aos utentes, a Diretora Técnica considera ser *“muito positivo. A equipa é dedicada e existe uma cultura de acolhimento e respeito mútuo. E acho sinceramente que é isso que faz com que a taxa de sucesso seja tão positiva. E digo isto porque como deve saber, são feitos follow up’s anuais onde se procura saber quais os antigos utentes que se mantêm sóbrios e com uma vida profissional ativa e sem dúvida que essa é a melhor recompensa do nosso trabalho.”*

Neste mesmo seguimento, a Comunidade Terapêutica “Campo” refere que os principais fatores que determinam a satisfação dos utentes são *“o respeito que temos para com eles, são a forma como são tratados, a maneira como se sentem seguros, a tranquilidade, o espírito comunitário, o sentimento de pertença, e o grupo é muito importante.”* No entanto, à semelhança da comunidade anterior, também eles não conseguem medir a satisfação dos utentes após o tratamento *“só apenas o feedback daqueles que vão mantendo o contacto e que vão pedindo ajuda, todos os outros que não o fazem ficamos na incerteza de que ainda se mantenham sóbrios”*. Em relação ao ambiente que se vive na comunidade, a Diretora Técnica refere que *“o ambiente é muito positivo, somos acolhedores, oferecemos segurança, somos comprometidos na recuperação deles e apesar de algumas debilidades que possamos ter enquanto equipa, (...) sei que estão todos aqui disponíveis para ajudarem os nossos utentes com tudo o que têm”*. Menciona ainda que acredita que *“aquilo que o EQUASS nos trouxe foram melhorias nas nossas formas de atuar, na própria qualidade de intervenção, e isso conseqüentemente leva-nos a ter um melhor desempenho e isso impacta também neles, sem sombra de dúvidas”*.

A Comunidade Terapêutica “Jardim” relata e reforça *“só o facto de se sentirem ouvidos, compreendidos e o facto de perceberem que deste lado têm pessoas que verdadeiramente se preocupam com o crescimento emocional e pessoal de cada um, que estamos disponíveis para os ajudarmos a restabelecer laços, acho sinceramente que isso é o que faz a diferença.”* E, mais

uma vez é denotado a dificuldade das comunidades em manter contacto com os utentes após a alta terapêutica e com isso perceber quais os fatores para eles determinantes nessa fase das suas vidas, pois a Diretora Técnica afirma *“é algo que não temos acesso porque deixamos de ter contacto mas acredito que são estes sentires que vão acontecendo ao longo do tratamento que os mantém no caminho certo”*. Já em relação ao ambiente que oferecem a mesma afiança *“é um ambiente único, onde existe muito humanismo, respeito, os utentes dizem várias vezes que se sentem “em casa”, alguns dizem que nunca se sentiram tão tranquilos como aqui e isso para nós é o mais importante. Oferecer um ambiente de casa aos nossos utentes, valorizarmos os nossos utentes, sermos empáticos”*.

A análise a esta categoria de análise evidencia um foco constante e comum a todas as comunidades em que as relações humanas e as competências humanísticas da equipa técnica são os fatores decisivos na satisfação dos utentes. Os Diretores Técnicos reforçam a escuta ativa, a forma como são acolhidos e a empatia durante o tratamento terapêutico. A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade é considerada uma mais valia na dinâmica e estruturação das comunidades, no entanto, é o capital humano, o comprometimento das equipas técnicas e a construção de ambientes terapêuticos seguros, afetivos e de respeito, que cria a transformação nos utentes e que se tornam fatores decisivos.

Como limitações, é possível observar a falta de acompanhamento pós-alta terapêutica, algo que é comum a todas as comunidades, no entanto, devido a dificuldades institucionais como a falta de recursos não lhes é permitido ainda, alterar essa limitação.

5. Capítulo V - Conclusão e Sugestões

A presente investigação procurou compreender, através da voz dos/as Diretores/as Técnicos/as, a importância dos Sistemas de Gestão da Qualidade nas Comunidades Terapêuticas, refletindo sobre os seus impactos na intervenção com pessoas toxicodependentes. Através de uma abordagem qualitativa e centrada no testemunho de profissionais com realidades distintas, alguns com SGQ implementados e outros sem qualquer modelo formal, foi possível aferir não apenas os efeitos técnicos e operacionais dos sistemas, mas também as suas implicações subjetivas, éticas e relacionais no quotidiano das instituições.

Os resultados demonstraram que, embora os SGQ possam representar uma mais-valia organizacional ao promoverem consistência, melhoria contínua e credibilidade externa, a sua satisfação depende fortemente do contexto, das especificidades da comunidade e do compromisso humano. O capital relacional, a dedicação das equipas e a cultura institucional continuam a ser os verdadeiros motores da eficácia terapêutica. Esta conclusão reforça a ideia de que a qualidade, mais do que um sistema, é uma prática vivida.

Este trabalho revelou ainda os paradoxos que os SGQ podem trazer: se por um lado contribuem para a estruturação de processos e maior transparência, por outro, podem colidir com a espontaneidade, autenticidade e flexibilidade que caracterizam muitas comunidades terapêuticas. A excessiva burocratização, os custos associados e a dificuldade em traduzir tecnicamente os efeitos terapêuticos em indicadores mensuráveis foram apontados como obstáculos relevantes, sobretudo em contextos com poucos recursos.

Adicionalmente, ficou claro que o sucesso da implementação de um SGQ depende, em grande parte, da forma como a organização interioriza a cultura da qualidade. Não basta adotar ferramentas normativas ou implementar indicadores formais; é necessário garantir que esses processos estejam alinhados com a missão social da instituição e que todos os colaboradores se sintam envolvidos e motivados a participar ativamente. O envolvimento da liderança de topo, tal como referem Proença (2011) e Pires (2016), é absolutamente determinante para a criação de um clima organizacional favorável à mudança, à inovação e à melhoria contínua.

Um dos contributos mais significativos desta dissertação foi permitir a escuta da voz de quem diariamente gere a complexidade da intervenção – os/as Diretores/as Técnicos/as. Estes profissionais não são apenas executores de normativos ou coordenadores de equipas, mas verdadeiros líderes sociais, responsáveis por equilibrar exigências administrativas, pressões institucionais e os desafios emocionais de trabalhar com populações em grande vulnerabilidade.

A sua visão revelou um conhecimento profundamente situado, muitas vezes invisibilizado nos debates académicos e políticos sobre qualidade.

Outro aspeto importante que emergiu da investigação foi a necessidade de redefinir os critérios de avaliação da qualidade em contextos terapêuticos. Indicadores exclusivamente quantitativos, como taxas de abandono, cumprimento de planos individuais ou inserção profissional, são claramente insuficientes para captar a riqueza, a complexidade e os processos subjetivos implicados na mudança pessoal. É urgente desenvolver ferramentas de avaliação mistas, que integrem métricas objetivas com narrativas de vida, perceções de mudança e indicadores de bem-estar e autonomia subjetiva dos utentes.

Por outro lado, o facto de esta investigação ter sido por mim, enquanto técnica a exercer funções numa comunidade terapêutica trouxe uma dupla perspetiva, académica e profissional, simultaneamente potenciadora e desafiante. A proximidade à realidade empírica permitiu um olhar profundamente enraizado e sensível à complexidade do fenómeno. Contudo, constituiu também um exercício exigente de distanciamento epistemológico e de autorreflexão crítica. A construção de objetividade, a gestão de enviesamentos pessoais e o cuidado em não sobrepor a experiência individual ao rigor científico representaram um processo de constante autorregulação, que enriqueceu sobremaneira esta dissertação.

Concluir uma tese neste domínio foi, mais do que um exercício académico, um processo de profundo compromisso ético com a intervenção social e com os indivíduos em processo de recuperação. Foi também um desafio pessoal enquanto técnica, mulher e futura mãe, numa constante busca por rigor, empatia e transformação social. Ao longo deste percurso, compreendi que a qualidade em contexto terapêutico não se mede apenas por auditorias ou conformidades, mas sim por cada gesto coerente, cada relação terapêutica genuína e cada história de vida que encontra uma nova possibilidade de existir.

Acreditar na qualidade é, acima de tudo, acreditar na dignidade de cada pessoa em recuperação e no potencial transformador das instituições que a acolhem. Que esta investigação seja, portanto, uma semente para práticas mais humanas, eficazes e eticamente comprometidas com o bem comum.

Como propostas e soluções para o futuro das comunidades, deixo como meu contributo a criação de um modelo híbrido de SGQ adaptado à especificidade das CT, que combine os pilares das normas ISO ou EQUASS com indicadores qualitativos mais sensíveis à dimensão humana, emocional e relacional do processo terapêutico e ainda financiamento específico e autónomo para processos de certificação e manutenção da qualidade, garantindo que instituições com menor capacidade económica não sejam excluídas dos processos de qualificação.

6. Capítulo VI – Bibliografia

- Alarcon, S. (2012). *Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz consultado em alarcon-9788575415399-06.pdf
- Albarello, L.; Digneffe, F.; Hierneux, J.; Maroy, C.; Ruquoy, D.; Saint-Georges, P. (1995). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- American Psychiatric Association (2013). *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS*. Editora Artmed.
- Apolinário, F. (2002). *Dicionário da metodologia científica: Um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade. (s.d.). *Certificação EQUASS em Portugal*. Consultado em <https://www.apq.pt>, acessado a 18 de março de 2024
- Assembleia da República. (1993). *Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro*. Diário da República.
- Assembleia da República. (2000). *Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro*. Diário da República.
- Assembleia da República. (2016). *Lei n.º 45/2016, de 17 de agosto*. Diário da República.
- Augusto, J. C., Santos, M., & Godoy, A. S. (2013). *Pesquisa qualitativa: bases teóricas e aplicadas*. São Paulo: Atlas.
- Ballesteros, J. (2004). *Gestión de calidad total y modelo EFQM de excelencia*. McGraw-Hill.
- Bento, G.; Lucena, R. (2017). *A Importância da Gestão da Qualidade com a Implementação da ISO 9001 para o Desenvolvimento e Melhoria da Empresa Softcom Tecnologia*. Consultado em <https://www.passeidireto.com/arquivo/87082724/a-importancia-da-gestao-da-qualidade-com-a-implementacao-da-iso-9001-para-o-dese?>, acessado a 19 de junho de 2024
- Bertrand, M. (2006). *O SONHO DE UMA SOCIEDADE SEM RISCOS*. Revista Toxicodependências. Volume 12, Número 1
- Brandão, B. & Carvalho, J. (2019). *Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência*. Revista Ingesta.
- Brandão, B.; Carvalho, J. (2011). *Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência*. Revista Ingesta
- Calado (2021). *A Antropologia e a perspetiva sociocultural das drogas*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

- Catarino, L. (2020). *A Legalização da Droga em Portugal - Uma perspetiva da Administração Pública*. Universidade Nova de Lisboa. Consultado em https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/47945/1/ulfd145931_tese.pdf a 27 de agosto de 2025
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2012). *LIVRETO INFORMATIVO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS*. Consultado em <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf> a 1 de setembro de 2025
- Cellard, A. (2008). *A análise documental*. In L. Minayo (Ed.), *Métodos de Pesquisa Social* (pp. 295-318). Petrópolis: Vozes.
- Costa, A., & Mendes, L. (2018). *Gestão da Qualidade nas Organizações Sociais: Desafios e Oportunidades*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Coutinho, C. P. (2008). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Crato, N. (2010). *O valor dos serviços: Qualidade, subjetividade e participação do cliente*. Porto: Vida
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Springer Publishing Company
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Springer Publishing.
- De Leon, G. (2010). *Therapeutic communities*. *International journal of therapeutic communities*. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Normas para as Comunidades Terapêuticas*. Lisboa.
- EQUASS. (2012). *EQUASS Assurance Manual*. European Platform for Rehabilitation.
- Flick, U. (2009). *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonte, C. (2021). *Comportamentos Aditivos: Conceito de Droga, Classificações de Droga e Tipos de Consumo*. Consultado em [104-112FCS2006-10.pdf](#) em 20 de outubro de 2024
- Freud, S. (1884). *“Über Coca”*. *Revista Therapie*. Consultado em https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista26_-_uber_coca.pdf [acedido a 18 outubro 2024](#)
- Galanter, M., & Kleber, H. D. (2015). *Textbook of Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Association.
- Gameiro, J. (1993). *Família e toxicomania*. PSICOLOGIA
- Garcia, J. (1991). *O IMPACTO DA SIDA EM PORTUGAL*. *Acta Médica portuguesa*
- Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Editora Atlas
- Gomes, R. (2004). *Gestão e avaliação da qualidade dos serviços*. Coimbra: Almedina.

- Grönroos, C. (1995). *Service management and marketing: Managing the moments of truth in service competition*. Lexington Books.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Editora Principia
- Guterres, C., Silva, C. & Santos, P. (2010). *Um Caminho Para Melhores Respostas Sociais: Os Últimos Cinco Anos*. Revista Pretextos
- Henriques, R., Cunha, A., Varajão, J., & Correia, L. (2009). *Implementação de um sistema de informação para a gestão da qualidade: caso de estudo de uma IPSS portuguesa*. Revista ADMpg
- Henriques, T. (2013). *Toxicodependência: O caso da Comunidade Terapêutica Arco-Íris*. Consultado em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24892/1/Tatiana%20Henriques.pdf> ,
acedido a 11 de outubro de 2024
- ICAD (s.d) Consultado em <http://www.icad.pt>
- IDT (2011). *Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas*. Consultado em <https://sicad.pt/BK/Intervencao/TratamentoMais/Documentos%20Partilhados/LinhasOrientadorasTratamentoReabilitacaoComunidadesTerapeuticas.pdf> ,
acedido a 2 de outubro de 2024
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2015). *Modelo de Avaliação da Qualidade da Resposta Social Centro de Acolhimento Temporário*. Lisboa: ISS.
- IPQ (2015). *Norma Portuguesa ISSO 9000:2015*.
- Manske, G. & Onishi, L. (2021). *COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E PROJETOS DE SUJEITO EM USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS*. Instituto Superior Politécnico Gaya.
- Marinho, A. (2015). *Perceções dos dirigentes de topo sobre a relação entre a certificação pela qualidade e os impactos no quotidiano das IPSS do Distrito de Viseu*. Consultado em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/19517>
- Marlatt, G., & Donovan, D. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford Press.
- Marques, A. (2008). *A(s) Droga(s) E A(s) Toxicodependência(s) - Representações Sociais E Políticas Em Portugal*. Faculdade De Economia Da Universidade Do Porto
- Martins, A. & Outros (2006). *Toxicodependência: Uma Perspectiva Global*. Consultado em <https://repositorio.ual.pt/entities/publication/33442e89-149d-4d2e-9217-9bb179d1f8e0> ,
acedido em 30 de setembro de 2024

- Martins, J. (2017). *SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM IPSS: O CASO DO TÂMEGA E SOUSA*. Consultado em <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/15549> , acessido a 13 de janeiro de 2025
- Mendes, B. (2019). *A Importância do Sistema de Gestão da Qualidade para uma Empresa Industrial: O Caso da Polisport Plásticos*. Consultado em <https://baes.uc.pt/handle/10316/89749> , acessido a 3 de janeiro de 2025
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n.º 149/2017, de 26 de abril*. Diário da República.
- Nogueira, M., & Santos, A. (2023). *Perspetivas qualitativas na investigação social*. Porto: Edições Acadêmicas.
- Nunes, M. (1997). *Valores e Reorganização do SELF*. Consultado em <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/740>, acessido a 30 de novembro de 2024
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociência do Uso e da Dependência de Substâncias Psicoativas*. Edições Roca
- Organização Mundial de Saúde Genebra (2007). *Neurociência do Uso e da Dependência de Substâncias Psicoativas*. Edições Roca.
- Organização Mundial de Saúde, (1995), *CID-10, OMS*. Tradução Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, 2.ª Ed. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pacheco, R. (2023). *Desafios na Implementação e Manutenção de um Sistema de Gestão Integrado numa Organização Multisite, Âmbitos: Qualidade, Ambiente, Segurança e Saúde no Trabalho, Gestão da Continuidade de Negócio e Segurança da Informação*. Instituto Superior De Engenharia De Lisboa.
- Pereira, L. (2010). *Relação entre Abandono Apreendido e Qualidade de Vida numa amostra de Toxicodependentes*. Consultado em <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2517> acessido a 02 de novembro de 2024.
- Perrone, P. (2019). *FATORES ASSOCIADOS À RECIDIVA E ABANDONO DO TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas*. Consultado em <https://repositorio.unesp.br/items/93e51be0-e8fc-473f-8e46-0e61ee0980ee> , acessido a 2 de dezembro de 2024
- Pinto, F., & Soares, D. (2018). *Implementação de sistemas de gestão da qualidade: Da teoria à prática*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, P. (2003). *Serviços e qualidade: Entre a experiência e o resultado*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

- Pires, A. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade – Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria e Serviços*. Edições Sílabo.
- Pires, A. (2018). *Estatística para a Qualidade*. Edições Sílabo.
- Quintas, J. (1997). *Drogados e Consumos de Drogas: Análise das Representações Sociais*. Consultado em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50364/2/29651.pdf> ,
acedido em 2 de dezembro de 2024
- Ribeiro, A. (2023) *A importância da implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade para a sustentabilidade das organizações sociais: o caso das instituições do Douro*. Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego.
- Rush, B. (1810). *“An Inquiry into the Effects of Spirituous Liquors on the Human Body and Mind”*.
- Saias, L. (2007). *Serviços de qualidade: Uma perspetiva centrada no cliente*. Lisboa: RH Editora.
- Santos, S. (2016). *AS FAMÍLIAS DE AFETO NAS CASAS DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS/JOVENS EM PERIGO*. Consultado em <https://iconline.iplleiria.pt/handle/10400.8/2298?locale=en>,
acedido a 25 de novembro de 2024
- Santos, S. (2016). *AS FAMÍLIAS DE AFETO NAS CASAS DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS/JOVENS EM PERIGO*. IPLeiria: Dissertação de Mestrado.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020*.
- Shirley, S. (2004). *Nós e a Metadona: Atitudes e Crenças dos Profissionais de Saúde Face ao Tratamento de Manutenção com Metadona (MMT)*. Consultado em <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/918> ,
acedido a 2 de dezembro de 2024
- SICAD (s.d). Consultado em <http://www.sicad.pt>
- Sommer, M. (2008). *Avaliação do Impacto do Tratamento de Dependência de Substâncias Numa Comunidade Terapêutica*. Consultado em <https://repositorio.ual.pt/server/api/core/bitstreams/332fbaa8-0279-4e5b-8750-37fda61088c9/content> ,
acedido a 19 de janeiro de 2025
- Sommer, M. (2011). *As Comunidades Terapêuticas – História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas*. PSIQUE
- Tinoco, R. (2006). *Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência*. Revista Toxicodependências: Volume 12, Número 1
- Tordo, J. (2020). *Que nós estamos aqui, 12 passos para a recuperação*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Vicente, J. (2018). *Práticas de Serviço Social em Comunidade Terapêutica*. Consultado em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/19786> , acedido em 10 de outubro de 2024
- Vieira, C. (2007). A Comunidade Terapêutica: da Integração à Reinserção. https://www.sicad.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/detalhe.aspx?itemId=46&lista=SICAD_Artigos&bkUrl=http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists
- Volkow, N. (2010). *Abuso de drogas é uma doença crônica*. *Jornal Folha de São Paulo*, consultado em <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd2603201001.htm>, acedido a 7 de novembro de 2024
- White, W. L. (2008). *Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care*. Springer.
- World Health Organization. (1994). "*Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*", consultado em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, acedido a 7 de novembro de 2024

7. Capítulo VII – Apêndices

Apêndices

Apêndice A

Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação

Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação

Assunto do e-mail: Pedido de autorização para realização de Entrevista

Exmo (a). Sr(a). Diretor(a) Técnico(a) da Comunidade Terapêutica,

O meu nome é Helena Rosa, sou aluna do 2º ano de mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social, da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, do Instituto Politécnico de Santarém e encontro-me a realizar um estudo sobre os Sistemas de Gestão da Qualidade em Comunidades Terapêuticas sob a perspetiva dos Diretores Técnicos, sob a orientação do Prof. Dr. Cristóvão Margarido.

O objetivo da minha tese é perceber se é importante ou não o Sistema de Gestão da Qualidade nas Comunidades Terapêuticas no tratamento dos toxicodependentes e, para isso, necessito recolher depoimentos de Diretores Técnicos de Comunidades Terapêuticas que estejam disponíveis, de forma anónima, para partilhar a sua opinião sobre o tema.

Gostaria então de convidá-lo/a a realizar uma entrevista comigo num dia e hora que lhe seja conveniente, uma vez que se mostraram disponíveis na minha primeira abordagem exploratória.

Grata pela atenção dispensada, sendo que me encontro disponível para esclarecer qualquer dúvida que surja relativamente ao trabalho de investigação.

Atenciosamente,

Helena Rosa

Apêndice B

Guião de Entrevista Semiestruturada

Guião de Entrevista Semiestruturada

Esta entrevista é executada no âmbito do desenvolvimento de uma dissertação do mestrado Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, cujo foco são os Sistemas de Gestão da Qualidade nas Comunidades Terapêuticas.

É importante reforçar que as respostas serão partilhadas de forma completamente anónima em que será respeitada a sua confidencialidade.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e a sua participação.

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

1. Caracterização do Entrevistado

- 1.1. Qual a sua área de formação?
- 1.2. Quais as funções que desempenha na Instituição?
- 1.3. Há quanto tempo desempenha essas mesmas funções?

2. Caracterização da Instituição

- 2.1. A Comunidade Terapêutica, no momento presente, tem quanto utentes?
- 2.2. Quantos utentes estão na CT por consumo de drogas? E por álcool? Ou Outras adições?
- 2.3. Qual o Modelo Terapêutico implementado?
- 2.4. A equipa multidisciplinar é constituída por quantas pessoas?
- 2.5. Quais as suas áreas de intervenção?
- 2.6. A Comunidade Terapêutica encontra-se em meio rural ou meio urbano?

3. Implementação do Modelo de Sistema de Gestão da Qualidade

3.1. São certificados por algum Modelo do Sistema de Gestão da Qualidade? Se sim, qual?

Se sim:

3.2. Qual foi a principal motivação para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) nesta comunidade?

3.3. Justifique a escolha do Modelo.

3.4. Que medidas específicas foram introduzidas como parte do SGQ?

3.5. Desde que ano são certificados?

3.6. Quem são os principais intervenientes na sua implementação?

3.7. De que forma?

3.8. Como definem os procedimentos?

3.9. Quais têm sido os principais desafios na implementação e manutenção do SGQ?

3.10. Existem áreas onde acredita que o SGQ poderia ser mais eficaz?

3.11. Com que frequência são auditados?

Se não:

3.2. Conhecem os modelos de Sistema de Gestão da Qualidade?

3.3. Sentem necessidade de ter? Alguma vez pensaram sobre isso?

3.4. Reconhecem a existência de vantagens na implementação do SGQ?

3.4. Como definem procedimentos de atuação?

3.5. Quais acha que são os principais desafios na dinâmica da CT?

3.6. Quais acha que são as principais áreas de melhoria?

4. Avaliação da Satisfação dos Utentes

4.1. De que forma a comunidade mede ou avalia a satisfação dos utentes?

4.2. Considera que o SGQ contribui para uma melhor compreensão das necessidades e expectativas dos utentes? Pode dar exemplos?

4.3. Quais são os principais fatores que, na sua opinião, determinam a satisfação dos utentes durante o programa terapêutico?

4.4. Quais são os principais fatores que, na sua opinião, determinam a satisfação dos utentes após o programa terapêutico?

4.5. Na sua perspetiva, como o SGQ tem impactado diretamente o bem-estar e o progresso dos utentes em recuperação?

4.6. Reconhece melhorias concretas nos processos de tratamento ou nos resultados terapêuticos após a implementação do SGQ?

4.7. Como considera o ambiente terapêutico oferecido pela comunidade?

Se não:

4.1. De que forma a comunidade mede ou avalia a satisfação dos utentes?

4.2. Quais são os principais fatores que, na sua opinião, determinam a satisfação dos utentes durante o programa terapêutico?

4.3. Quais são os principais fatores que, na sua opinião, determinam a satisfação dos utentes após o programa terapêutico?

4.4. Na sua perspetiva, quais são os fatores que têm impactado diretamente no bem-estar e no progresso dos utentes em recuperação?

4.5. Como avalia o ambiente terapêutico oferecido pela comunidade?

5. Considerações finais

Se sim:

5.1. De que forma considera que o SGQ pode influenciar o futuro da comunidade terapêutica e dos serviços prestados?

5.2. Há algo mais que gostaria de partilhar sobre o impacto do SGQ?





Muito obrigada pela sua participação.

Apêndice C

Procedimentos de tratamento das entrevistas

Categorias de Análise distinguidas por cores

Legenda:

Caracterização do Entrevistado		Formação Académica Funções que desempenha Antiguidade na Instituição
Caracterização da Instituição		Nº de Utentes Tipos de Adição Equipa Terapêutica Modelo Terapêutico Meio em que se insere
Sistema de Gestão da Qualidade		Modelo Implementado Vantagens/Desvantagens Definição de Procedimentos Desafios de Implementação Auditorias
Avaliação da Satisfação de Utentes		Medidores de Avaliação Necessidades e Expectativas dos Utentes Fatores Significativos

Exemplo de identificação de categorias com cores

Transcrição de Entrevista à Comunidade “Praia”

Observações:

DT1: Diretor Técnico e Psicólogo na Comunidade Terapêutica “Praia” (código DT1)

Data da realização: 5 de fevereiro de 2025

Duração: 30 minutos

Investigadora: (...) então eu gostaria de começar a entrevista, um bocadinho, pela parte em que tu te apresentas enquanto profissional, qual a tua área de formação e que funções é que desempenhas aqui na instituição.

DT1: (...) A minha área de formação é psicologia criminal ou forense e da exclusão social. Estou nesta comunidade há 5 anos, ingressei enquanto estagiário de psicologia e depois convidaram-me para ficar enquanto monitor. Fiquei como monitor durante mais ou menos 2 anos e depois passei, então, a psicólogo que é de facto o que eu exerço neste momento. (...)

Investigadora: (...) quantidade de utentes que neste momento temos em comunidade terapêutica e quantos estão em CT por consumo de drogas ou por consumo de álcool, ou até mesmo outras adições, porque também se admite na comunidade terapêutica pessoas com outras adições, certo?

DT1: (...) neste momento estamos com 6 utentes, posso-te inclusivamente dizer que desses 6, 2 são em regime privado e 4 são em regime convencionado. Neste momento temos, eu não te quero estar a induzir em erro, mas penso que temos 4 alcoólicos e 2 de outras drogas químicas, portanto, falamos de heroína e cocaína, esses outros dois utentes.

Investigadora: Ok. Então e qual é o modelo terapêutico que têm implementado na instituição?

DT1: Em termos de psicologia aquilo que eu sigo, vou dizer-te de duas maneiras, aquilo que eu sigo em termos de psicologia cognitivo-comportamental, essa é a minha escola, essa é também aquilo que eu acredito que funciona, mas o nosso modelo e o modelo que implementamos é o processo de mudança de Prochaska e Diclemente, é isso que nós seguimos aqui.

Investigadora: Sabes qual é que foi principal motivação inicial para serem certificados no início?

DT1: (...)um certificado é sempre uma boa publicidade para as pessoas que nos procuram, portanto, entrar no nosso website, por exemplo, e veres que somos certificados pela ISO 9001, para muitas pessoas deve ser logo “ah esta comunidade deve ser boa”, “ah espera porque esta comunidade é certificada, porque esta comunidade deve ter uns standards muito bons porque eles são certificados”. Publicidade.

DT1: Portanto, isto nasce muito pela necessidade que a nossa direção de intervenção e programas nos trouxe, lá está, não só por uma questão de publicidade, mas também para então termos, uma linha orientadora daquilo que são os nossos processos de qualidade aqui dentro, a nossa gestora dos processos de qualidade, que é também os nossos recursos humanos, dentro desta comunidade terapêutica, foi ela a impulsionadora, depois com a ajuda de várias pessoas que nesse momento estavam aqui na equipa técnica, a nossa assistente social, a nossa técnica de serviço social, a nossa diretora técnica da altura e depois o responsável pela área de saúde, também a responsável, que acabava por ser a nossa técnica de serviço social, pelo HACCP aqui da nossa comunidade. Portanto estamos a falar de áreas como cozinha, dispensário, que é o local onde se toma a medicação, e todos os processos envolventes administrativos daquilo que são, o percurso terapêutico dos nossos utentes aqui na comunidade.

Investigadora: E quais é que achas que são os principais fatores, na tua opinião, que determinam a satisfação dos utentes durante o programa terapêutico e mesmo após o programa terapêutico?

DT1: Uma coisa que me orgulho muito neste trabalho é da equipa técnica que nós temos. E eu acho que é a equipa técnica que faz muito a parte do programa e que faz muito que os utentes se mantenham connosco, não são propriamente as instalações, não é propriamente a medicação ser bem dada, mas sim a humanidade com que tratamos os nossos utentes. Ninguém coloca no Sistema de Gestão da Qualidade como é que devemos tratar os nossos utentes, ok, claro, simpatia, nunca passar para a arrogância, arrogância não mas para o destratar mas depois os detalhes, isso ninguém nos ensina, e eu acho que, essa parte humana e essa vertente humana não há nenhum fator quantitativo apenas qualitativo que é feito e visto através da maneira como os utentes falam connosco e da maneira como eles estão connosco. É a equipa técnica que é o grande pilar desta comunidade terapêutica é a equipa técnica que consegue promover o bem-estar e que consegue também promover, aqui o interesse deles se manterem connosco. Portanto não, não está previsto no nosso Sistema de Gestão da Qualidade, o que é que a pessoa,

o que é que o técnico responde ao utente, mas na minha opinião é esta fantástica equipa técnica que faz um bom trabalho e que mantém aqui um grau de satisfação elevado.

Apêndice D

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Praia”

Transcrição de Entrevista

Observações:

DT1: Diretor Técnico e Psicólogo na Comunidade Terapêutica “Praia” (código DT1)

Data da realização: 5 de fevereiro de 2025

Duração: 30 minutos

Investigadora: Então, boa tarde, muito obrigada por participares aqui nesta entrevista, gostaria de dizer que, e é importante reforçar que, as respostas serão partilhadas de forma completamente anónima, em que será respeitada a confidencialidade da comunidade. E então eu gostaria de começar a entrevista, um bocadinho, pela parte em que tu te apresentas enquanto profissional, qual a tua área de formação e que funções é que desempenhas aqui na instituição.

DT1: Ok muito bem. Olha deixa-me começar por te dizer que acho que é uma iniciativa muito boa, o teu estudo, a tua tese, acho que de facto que aquilo que é o conhecimento, das práticas mais legais, mais burocráticas ou não das comunidades terapêuticas é algo que tem de ser devolvido também ao nosso público, ao nosso povo, porque são práticas que, infelizmente, o comum não conhece, muito do trabalho que se passa numa comunidade terapêutica é desconhecido àquelas que são as pessoas que passam tantas vezes por nós ou que passam tantas vezes por esta gente com problemáticas e que, de facto desconhecem o trabalho que temos aqui dentro. Ora, eu sou psicólogo neste momento na comunidade terapêutica. A minha área de formação é psicologia criminal ou forense e da exclusão social. Estou nesta comunidade há 5 anos, ingressei enquanto estagiário de psicologia e depois convidaram-me para ficar enquanto monitor. Fiquei como monitor durante mais ou menos 2 anos e depois passei, então, a psicólogo que é de facto o que eu exerço neste momento. Acho que passa muito bem, ou melhor, é muito bom, tu teres uma grande área de trabalho aqui dentro, ou seja, eu não ter sido logo o psicólogo deu-me uma visão muito mais alargada daquilo que é o utente dentro de uma comunidade terapêutica. Deu-me também a conhecer com a prática, o nosso quotidiano, a

nossa rotina, e foi isso que me ajudou hoje em dia, se calhar a ter uma prática da psicologia mais próxima e mais atenta perto do utente.

Investigadora: Passando então aqui para a caracterização da instituição, seria importante, aqui falarmos um bocadinho da quantidade de utentes que neste momento temos em comunidade terapêutica e quantos estão em CT por consumo de drogas ou por consumo de álcool, ou até mesmo outras adições, porque também se admite na comunidade terapêutica pessoas com outras adições, certo?

DT1: Sim, certo. Neste momento e porque passamos uma grande fase de reestruturação, não só de equipa, mas também, aquilo que são as nossas normas, a nossa gestão, mas neste momento estamos com 6 utentes, posso-te inclusivamente dizer que desses 6, 2 são em regime privado e 4 são em regime convencionado. Neste momento temos, eu não te quero estar a induzir em erro, mas penso que temos 4 alcoólicos e 2 de outras drogas químicas, portanto, falamos de heroína e cocaína, esses outros dois utentes.

Investigadora: Ok. Já receberam aqui pessoas com outro tipo de adições, para além das drogas e do álcool?

DT1: Já. Já recebemos. Já recebemos com adição à internet, adição mesmo de internet, portanto estar muito tempo a utilizar o computador e a aceder seja o que for, redes sociais, mesmo aos jogos online, como também já recebemos só de jogos online e por incrível que pareça, também já recebemos pessoas, pelo menos, desde que eu cá estou um com jogo a casino físico, ou seja, mesmo no local não era online, era mesmo jogo no local.

Investigadora: Ok. Então e qual é o modelo terapêutico que têm implementado na instituição?

DT1: Em termos de psicologia aquilo que eu sigo, vou dizer-te de duas maneiras, aquilo que eu sigo em termos de psicologia cognitivo-comportamental, essa é a minha escola, essa é também aquilo que eu acredito que funciona, mas o nosso modelo e o modelo que implementamos é o processo de mudança de Prochaska e Diclemente, é isso que nós seguimos aqui.

Investigadora: Ok. Sabes nos dizer, a equipa disciplinar é constituída por quantas pessoas e quais as suas áreas de intervenção neste momento aqui na comunidade?

DT1: É assim, eu não te consigo especificar, sei que nós temos pessoas que trabalham enquanto monitores terapêuticos mas que vêm da área da educação, temos um psicólogo, que sou eu, temos sempre um médico, um psiquiatra e uma médica de clínica geral que também integram os quadros da equipa técnica, temos pessoas que eu acho que também é importante, ou neste momento temos uma pessoa que já foi um ex-utente há muitos anos atrás e que também é

monitor terapêutico, e a nossa equipa multidisciplinar é constituída por, deixa cá ver, um, dois, somos 5 pessoas, 4 monitores e um terapeuta, temos também uma administrativa que acaba por estar sempre dentro daquilo que é o quotidiano da comunidade e ajuda muito, para além dos dois médicos, e temos uma direção acima de nós de intervenção e programas que é essa direção que acaba por decidir quem é que é admitido ou não, na comunidade terapêutica.

Investigadora: Portanto, aqui a vossa comunidade terapêutica encontra-se em meio rural?

DT1: Sim.

Investigadora: Consideras importante o meio em que está inserido uma comunidade terapêutica?

DT1: Muito. Porque, e infelizmente, ou seja, é muito bom estarmos num meio rural mas não estarmos completamente isolados. É um meio rural porque estamos no meio de duas aldeias e dava-nos muito a oportunidade para nós começarmos perto destas aldeias a ter um impacto naquilo que é o exterior, a sociedade. Infelizmente, neste momento não o fazemos, porquê? Reestruramos algumas das nossas atividades mesmo na sociedade depois do COVID, o que significa que deixámos de fazer este tipo de atividades e deixámos de ter uma intervenção tão grande na comunidade, mas estar no meio rural, não deixa de ser bom, porque de facto a nossa área envolvente é muito grande. Podemos tirar proveito da natureza para aquilo que é a terapia. Habitualmente dizemos, uma boa terapia faz-se também com exercício, ok mas para além do exercício físico, aquilo que é nosso bosque, aquilo que é a nossa floresta também é muito importante, relaxamento, reflexão, ter espaço para estar em contacto com aquilo que nós, no meio de uma cidade não conseguimos ter. Portanto, na minha opinião, comunidade terapêutica em meio rural é muito melhor do que em meio urbano.

Investigadora: Agora, passamos então aqui, um bocadinho, para aqui para o objeto de estudo que é a implementação do modelo do Sistema de Gestão da Qualidade e a minha questão é se vocês são certificados por algum Sistema de Gestão da Qualidade e se sim, qual?

DT1: Neste momento não somos. Já fomos, mas nós, quando a pandemia veio, em 2020 tivemos ainda a última avaliação, a última auditoria, o que é que acontece, percebemos que não era necessário sermos certificados para continuar a ter a gestão de qualidade, o nosso Sistema de Gestão de Qualidade, porque é que deixámos cair? Porque com a pandemia ia significar que teríamos que fazer muitas reestruturações, reestruturações que com a equipa que estávamos a perder, nesse momento fomos perdendo pessoas, não iríamos conseguir fazer. Então deixámos cair o nosso certificado e ficámos apenas a seguir o nosso Sistema de Gestão da Qualidade, não recorrendo então a uma certificação exterior.

Investigadora: Sabes qual é que foi principal motivação inicial para serem certificados no início?

DT1: Não te consigo precisar porquê mas acho que, porque não estava nesse momento, mas acho que te consigo, de certa forma, imaginar que um certificado é sempre uma boa publicidade para as pessoas que nos procuram, portanto, entrar no nosso website, por exemplo, e veres que somos certificados pela ISO 9001, para muitas pessoas deve ser logo “ah esta comunidade deve ser boa”, “ah espera porque esta comunidade é certificada, porque esta comunidade deve ter uns standards muito bons porque eles são certificados”. Publicidade.

Investigadora: Sabes que medidas específicas é que foram introduzidas como parte do Sistema de Gestão da Qualidade?

DT1: Eu não te consigo, e é um bocadinho ingrato para ti, não te consigo precisar. Porque volto a dizer, foi bastante antes de eu ter entrado, portanto não te consigo mesmo especificar.

Investigadora: Sabes durante quanto tempo é que foram certificados ou a partir de que ano é que começaram a implementar e certificaram?

DT1: Não te quero estar a induzir em erro, não te consigo dizer o ano mas nós fomos, mais ou menos, durante 10 anos certificados.

Investigadora: Sabes quem é que foram os principais intervenientes na sua implementação e neste momento na manutenção porque vocês não estão certificados, mas continuam a aplicar as mesmas, os mesmos métodos, os mesmos procedimentos, portanto, quem é que são os principais intervenientes nesse processo?

DT1: Portanto, isto nasce muito pela necessidade que a nossa direção de intervenção e programas nos trouxe, lá está, não só por uma questão de publicidade, mas também para então termos, uma linha orientadora daquilo que são os nossos processos de qualidade aqui dentro, a nossa gestora dos processos de qualidade, que é também os nossos recursos humanos, dentro desta comunidade terapêutica, foi ela a impulsionadora, depois com a ajuda de várias pessoas que nesse momento estavam aqui na equipa técnica, a nossa assistente social, a nossa técnica de serviço social, a nossa diretora técnica da altura e depois o responsável pela área de saúde, também a responsável, que acabava por ser a nossa técnica de serviço social, pelo HACCP aqui da nossa comunidade. Portanto estamos a falar de áreas como cozinha, dispensário, que é o local onde se toma a medicação, e todos os processos envolventes administrativos daquilo que são, o percurso terapêutico dos nossos utentes aqui na comunidade.

Investigadora: Neste momento como é que definem novos procedimentos ou como é que fazem aqui a regularização dos procedimentos?

DT1: Sabes que os nossos procedimentos acabam por estar bem estabelecidos, às vezes a dificuldade é nós seguirmos esses procedimentos e compactuarmos com aquilo que está escrito. Nós anualmente, temos uma auditoria interna e a partir dessa auditoria vemos o que é que está a correr melhor e o que é que está a correr menos bem e é aí que nós vamos otimizando então o nosso Sistema de Gestão da Qualidade e as nossas linhas de intervenção.

Investigadora: Quais é que consideras ser os principais desafios numa implementação e numa manutenção aqui, de um Sistema de Gestão da Qualidade?

DT1: Essa pergunta é interessante porque eu de facto nunca pensei muito nela, mas daquilo que eu consigo ver nestes 5 anos de trabalho, eu acho que uma das grandes, perguntaste dificuldades não foi?

Investigadora: Sim. Desafios, sim.

DT1: Eu acho que uma grande dificuldade ou um grande desafio é de facto também fazeres perceber todas as pessoas que trabalham nesta comunidade, o porquê de serem implementadas estas normas e estas regras. Porque é que é importante? E depois segui-las. Porque, como deves imaginar quanto temos 20, 25 ou 30 utentes, tudo o que tome, ou tudo o que diz respeito à parte da medicação torna-se mais complicado, portanto, não é que as pessoas queiram fazer as coisas “às três pancadas” mas torna-se mais exacerbante esta situação, e por vezes, não há disponibilidade emocional para as pessoas cumprirem com aquilo que é expectado. E depois também há falta de investimento às vezes pelos próprios trabalhadores, não procuram saber, o que é que está estipulado para cada área e eu acho que isso é um dos grandes desafios, manteres todas as pessoas envolvidas que praticam ou que tão dentro deste Sistema de Gestão de Qualidade todos os dias interessadas nele e que o compreendam, acho que neste momento na nossa comunidade esse é o grande desafio.

Investigadora: Em que áreas é que acreditas que o Sistema poderia ser mais eficaz?

DT1: Neste momento? Dispensário. Ou seja, tudo o que é área de saúde, penso que ainda existe muitos erros, não quero dizer erros, quero dizer distrações, porque lá está, a vida aqui em comunidade é uma vida muito intensa e é normal nós por vezes deixarmos, aquilo que não conhecemos, ou que não percebemos porque é que tem de ser feito para depois e não para o momento. A área de saúde, não é por ser eu agora o responsável, mas sempre foi o calcanhar de Aquiles nesta comunidade terapêutica, sempre foi, nas auditorias a área onde nós levávamos mais inconformidades e onde nós tínhamos sempre que fazer novas atualizações e responder o porque de não estar a ser cumprido aquilo que era suposto ser.

Investigadora: Ia perguntar com que frequência é que são auditados mas uma vez que não são certificados... e, como referiste á pouco fazem uma auditoria interna uma vez por ano certo?

DT1: Uma vez por ano, sim. É assim, uma vez por ano e deixa-me só dizer-te também outra coisa, acabamos por ter a facilidade nesta equipa de falarmos com todos os elementos, mesmo os elementos que não são da equipa técnica e que trabalham centrados na comunidade terapêutica, portanto de certa forma, para além dessa auditoria interna e mais, vamos lhe chamar formal, se calhar de 2 em 2 meses os processos vão sendo auditados, para perceber se as coisas estão a ser cumpridas, se as informações lá estão, há uma visita ao dispensário para perceber se a medicação está bem guardada, se as assinaturas estão a ser feitas, se as limpezas estão a ser feitas, na cozinha a mesma coisa, portanto, nós vamos tendo esse cuidado para depois não deixarmos tudo apenas para uma fase do ano, que vamos ser sinceros, seja uma auditoria externa ou interna, quando sabemos que há auditoria ás vezes há pessoas a fazer mais horas só para garantir que as coisas estão bem feitas e aqui não, deixámos cair, desculpa, deixamos cair o certificado, não foi, então levamos as coisas, menos formal, mas garantimos que elas são feitas e garantimos que há um controlo corrente, que há um controlo frequente.

Investigadora: Agora, focando-nos aqui um bocadinho sobre a avaliação da satisfação dos utentes que temos aqui em comunidade e até mesmo daqueles que já saíram, eu gostaria de saber de que forma é que a comunidade mede ou avalia a satisfação dos utentes?

DT1: Todos os anos passa um questionário e aí sim, só uma vez por ano, onde os utentes respondem a várias questões para nós avaliarmos o grau de satisfação de cada utente. Infelizmente, não temos nenhum questionário para aplicar aos utentes que têm altas ou que vão abandonando, pronto, mas que saem da nossa comunidade, isso nós não fazemos, portanto não somos capazes de averiguar a satisfação pós-tratamento mas durante o tratamento pelo menos do grupo de pessoas que cá estão, conseguimos fazer isso, uma vez por ano, por volta de julho, agosto, esse questionário é passado todos os anos.

Investigadora: Consideras que o Sistema de Gestão da Qualidade contribui para uma melhor compreensão das necessidades e expectativas dos utentes?

DT1: Da parte dos utentes, eu acho, ou seja, é claro que vai afetar o tratamento dos utentes, vou-te responder desta maneira. Porquê? Porque se nós estamos mais conscientes do que é que deve ser feito e da melhor maneira, então isto vai impactar o programa dos utentes porque eles vão receber o tratamento de qualidade. Não sei se era isso que tu querias-me perguntar. Agora se os utentes têm conhecimento deste programa, do programa não, do Sistema de Gestão da Qualidade ou se se apercebem porque é que está a ser aplicado? Não, não percebem, mas que

são impactados por o nosso Sistema de Gestão de Qualidade interno ou não, isso são e isso vê-se na taxa de retenção que vamos tendo todos os anos nos nossos utentes.

Investigadora: E quais é que achas que são os principais fatores, na tua opinião, que determinam a satisfação dos utentes durante o programa terapêutico e mesmo após o programa terapêutico? Independentemente de ter a ver com o Sistema de Gestão da Qualidade ou não, ou seja, é uma resposta aberta nesse sentido.

DT1: Uma coisa que me orgulho muito neste trabalho é da equipa técnica que nós temos. E eu acho que é a equipa técnica que faz muito a parte do programa e que faz muito que os utentes se mantenham connosco, não são propriamente as instalações, não é propriamente a medicação ser bem dada, mas sim a humanidade com que tratamos os nossos utentes. Ninguém coloca no Sistema de Gestão da Qualidade como é que devemos tratar os nossos utentes, ok, claro, simpatia, nunca passar para a arrogância, arrogância não mas para o destratar mas depois os detalhes, isso ninguém nos ensina, e eu acho que, essa parte humana e essa vertente humana não há nenhum fator quantitativo apenas qualitativo que é feito e visto através da maneira como os utentes falam connosco e da maneira como eles estão connosco. É a equipa técnica que é o grande pilar desta comunidade terapêutica é a equipa técnica que consegue promover o bem-estar e que consegue também promover, aqui o interesse deles se manterem connosco. Portanto não, não está previsto no nosso Sistema de Gestão da Qualidade, o que é que a pessoa, o que é que o técnico responde ao utente, mas na minha opinião é esta fantástica equipa técnica que faz um bom trabalho e que mantém aqui um grau de satisfação elevado.

Investigadora: Poder-te-ia perguntar se reconhecias melhorias após a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade, mas como referiste à pouco não estavas cá no início do programa. Achas, na tua opinião, que faz diferença, ainda que não sejam certificados, mas têm o Sistema implementado, achas que faz diferença ter o Sistema de Gestão da Qualidade aplicado?

DT1: Claro que sim. Claro que faz a diferença. Como deves conhecer também a história da nossa comunidade, nós nem sempre fomos “Comunidade Praia”, fomos “Le Plage” e tal e qual como outras comunidades terapêuticas foi preciso muito estudo muita aplicação do Sistema de Gestão da Qualidade para passarmos das tisanas a medicação, de tratamentos a sangue frio para tratamentos mais humanitários, para termos a atenção com um utente de maneira diferente, portanto, um utente não é um trabalhador, um utente é isso mesmo, um utente, um cliente que está aqui para ser tratado, esta visão muda porque também houve a necessidade e também porque houve alguém que pensou, “não, temos que aplicar aqui uma quantidade de

regras, aplicar uma quantidade de normas para que as pessoas sejam tratadas como merecem, como devem e como pagam, porque no fundo, nós somos um negócio. Portanto, e tal e qual como somos um negócio, podemos nos manter abertos, há que seguir linhas orientadoras e linhas de qualidade e daí, na minha opinião, ter nascido essa necessidade e haver a grande diferença, lá está, passámos de tisanas para medicação, tratamentos a sangue frio para algo mais humano.

Investigadora: Já foste respondendo a esta questão ao longo do tempo, mas aqui para sintetizarmos um bocadinho, como é que consideras o ambiente terapêutico oferecido pela comunidade?

DT1: Muito bom! Também não ia dizer mal da minha casa, não é? (risos) Eu acho que, lá está, o ambiente é muito bom e queres, sinceramente, bom demais, porque eu quero que os meus utentes estejam bem, eu quero que os meus utentes se sintam bem, mas nós não somos uma instância de férias, portanto isto também tem de doer e tem de magoar um bocadinho, mas nós de facto oferecemos aos nossos utentes todas as condições para eles estarem bem, para eles se sentirem confortáveis e para eles aprenderem a ser um bocadinho egoístas, a pensarem neles próprios, e depois nos outros, a pensarem o que é que vêm aqui fazer. Temos uma infraestrutura excelente, precisamos de melhorias, precisamos de obras? Claro que sim, qual é a comunidade que não necessita? Mas temos tudo, tudo para eles se sentirem bem.

Investigadora: Para finalizar, há algo mais que gostarias de partilhar sobre o impacto do Sistema de Gestão da Qualidade, ou se consideras que o Sistema de Qualidade pode influenciar o futuro da Comunidade Terapêutica ou de uma Comunidade Terapêutica e dos serviços prestados?

DT1: É assim, só não pode como deve influenciar, porque volto a dizer, se esta casa sentiu a necessidade de implementar então que continuemos a sentir a necessidade de os atualizar. E acho que é isto que tem de passar, como eu disse á pouco, para a equipa toda, não é porque funcionou assim há 5 anos que tem de continuar a funcionar da mesma maneira, os tempos vão evoluindo, os utentes também vêm para a comunidade com uma mentalidade diferente e isso também vai fazer com que nós tenhamos linhas orientadoras diferentes. Por exemplo: a área de saúde que é a minha área aqui dentro, tem funcionado bem? Tem. Mas há sempre espaço para funcionar melhor, eu até agradeço que as pessoas que estão mais fora do Sistema de Gestão da Qualidade e da obrigatoriedade de pensar nele que às vezes me possam informar e dizer “olha isto está a correr menos bem, ou isto até tá a correr melhor ou que até poderia correr assim”, que me informem, que partilhem ideias para nós melhorarmos estas diretrizes, para nós continuarmos a servir os nosso clientes com o melhor serviço, é isto que eu acho.

Investigadora: Muito obrigada pela tua participação.

DT1: Obrigado eu.

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Praia”

Sinopse de Entrevista à Comunidade Terapêutica “Praia”

Categoria de Análise	Subcategorias	Excertos
<p>Caracterização do Entrevistado</p>	<p>Formação Académica Funções que desempenha Antiguidade na Instituição</p>	<p>“(…) eu sou psicólogo neste momento na comunidade terapêutica. A minha área de formação é psicologia criminal ou forense e da exclusão social. Estou nesta comunidade há 5 anos, ingressei enquanto estagiário de psicologia e depois convidaram-me para ficar enquanto monitor. Fiquei como monitor durante mais ou menos 2 anos e depois passei, então, a psicólogo que é de facto o que eu exerço neste momento (…)”</p>
<p>Caracterização da Instituição</p>	<p>Nº de Utentes Tipos de Adição Equipa Terapêutica Modelo Terapêutico Meio em que se insere</p>	<p>“(…) 6 utentes, posso-te inclusivamente dizer que desses 6, 2 são em regime privado e 4 são em regime convencionado. Neste momento temos, eu não te quero estar a induzir em erro, mas penso que temos 4 alcoólicos e 2 de outras drogas químicas, portanto, falamos de heroína e cocaína (…)”</p> <p>“(…) Já recebemos (utentes) com adição á internet, adição mesmo de internet, portanto estar muito tempo a utilizar o computador e a aceder seja o</p>

		<p>que for, redes sociais, mesmo aos jogos online, como também já recebemos só de jogos online e por incrível que pareça, também já recebemos pessoas, pelo menos, desde que eu cá estou um com jogo a casino físico, ou seja, mesmo no local não era online, era mesmo jogo no local. (...)"</p> <p>"(...) em termos de psicologia cognitivo-comportamental, essa é a minha escola, essa é também aquilo que eu acredito que funciona, mas o nosso modelo e o modelo que implementamos é o processo de mudança de Prochaska e Diclemente, é isso que nós seguimos aqui (...)"</p> <p>"(...)nós temos pessoas que trabalham enquanto monitores terapêuticos mas que vêm da área da educação, temos um psicólogo, que sou eu, temos sempre um médico, um psiquiatra e uma médica de clínica geral que também integram os quadros da equipa técnica (...)somos 5 pessoas, 4 monitores e um terapeuta, temos também uma administrativa que acaba por estar sempre dentro daquilo que é o quotidiano da comunidade e ajuda muito, para além dos dois médicos, e temos uma direção acima de nós de intervenção e programas que é essa direção que acaba por decidir quem é que é admitido ou não."</p>
--	--	---

		<p>“(…) é muito bom estarmos num meio rural mas não estarmos completamente isolados. É um meio rural porque estamos no meio de duas aldeias e dava-nos muito a oportunidade para nós começarmos perto destas aldeias a ter um impacto naquilo que é o exterior, a sociedade.”</p>
<p>Sistema de Gestão da Qualidade</p>	<p>Modelo Implementado Vantagens/Desvantagens Definição de Procedimentos Desafios de Implementação Auditorias</p>	<p>“(…) Já fomos, mas nós, quando a pandemia veio, em 2020 tivemos ainda a última avaliação, a última auditoria, o que é que acontece, percebemos que não era necessário sermos certificados para continuar a ter a gestão de qualidade, o nosso Sistema de Gestão de Qualidade, porque é que deixámos cair? Porque com a pandemia ia significar que teríamos que fazer muitas reestruturações, reestruturações que com a equipa que estávamos a perder, nesse momento fomos perdendo pessoas, não iríamos conseguir fazer.”</p> <p>“(…) um certificado é sempre uma boa publicidade para as pessoas que nos procuram, portanto, entrar no nosso website, por exemplo, e veres que somos certificados pela ISO 9001, para muitas pessoas deve ser logo “ah esta comunidade deve ser boa”, “ah espera porque esta comunidade é certificada, porque esta comunidade deve ter uns</p>

		<p>standards muito bons porque eles são certificados”. Publicidade.”</p> <p>“(…) nós fomos, mais ou menos, durante 10 anos certificados.”</p> <p>“ (….) não só por uma questão de publicidade, mas também para então termos, uma linha orientadora daquilo que são os nossos processos de qualidade aqui dentro, a nossa gestora dos processos de qualidade, que é também os nossos recursos humanos, dentro desta comunidade terapêutica, foi ela a impulsionadora, depois com a ajuda de várias pessoas que nesse momento estavam aqui na equipa técnica, a nossa assistente social, a nossa técnica de serviço social, a nossa diretora técnica da altura e depois o responsável pela área de saúde, também a responsável, que acabava por ser a nossa técnica de serviço social, pelo HACCP aqui da nossa comunidade. Portanto estamos a falar de áreas como cozinha, dispensário, que é o local onde se toma a medicação, e todos os processos envolventes administrativos daquilo que são, o percurso terapêutico dos nossos utentes aqui na comunidade.”</p> <p>“(…) os nossos procedimentos acabam por estar bem estabelecidos, às vezes a dificuldade é nós seguirmos esses procedimentos e compactuarmos com</p>
--	--	--

		<p>aquilo que está escrito. Nós anualmente, temos uma auditoria interna e a partir dessa auditoria vemos o que é que está a correr melhor e o que é que está a correr menos bem e é aí que nós vamos otimizando então o nosso Sistema de Gestão da Qualidade e as nossas linhas de intervenção.”</p> <p>“(…)uma grande dificuldade ou um grande desafio é de facto também fazeres perceber todas as pessoas que trabalham nesta comunidade, o porquê de serem implementadas estas normas e estas regras. Porque é que é importante? E depois segui-las. Porque, como deves imaginar quanto temos 20, 25 ou 30 utentes, tudo o que tome, ou tudo o que diz respeito à parte da medicação torna-se mais complicado, portanto, não é que as pessoas queiram fazer as coisas “às três pancadas” mas torna-se mais exacerbante esta situação, e por vezes, não há disponibilidade emocional para as pessoas cumprirem com aquilo que é expectado. E depois também há falta de investimento às vezes pelos próprios trabalhadores, não procuram saber, o que é que está estipulado para cada área e eu acho que isso é um dos grandes desafios, manteres todas as pessoas envolvidas que praticam ou que tão dentro deste Sistema de Gestão</p>
--	--	---

		<p>de Qualidade todos os dias interessadas nele e que o compreendam (...)"</p> <p>"(...) tudo o que é área de saúde, penso que ainda existe muitos erros, não quero dizer erros, quero dizer distrações, porque lá está, a vida aqui em comunidade é uma vida muito intensa e é normal nós por vezes deixarmos, aquilo que não conhecemos, ou que não percebemos porque é que tem de ser feito para depois e não para o momento. A área de saúde, não é por ser eu agora o responsável, mas sempre foi o calcanhar de Aquiles nesta comunidade terapêutica, sempre foi, nas auditorias a área onde nós levávamos mais inconformidades e onde nós tínhamos sempre que fazer novas atualizações e responder o porque de não estar a ser cumprido aquilo que era suposto ser."</p> <p>"(...) Uma vez por ano, sim. (...) para além dessa auditoria interna e mais, vamos lhe chamar formal, secalhar de 2 em 2 meses os processos vão sendo auditados, para perceber se as coisas estão a ser cumpridas, se as informações lá estão, há uma visita ao dispensário para perceber se a medicação está bem guardada, se as assinaturas estão a ser feitas, se as limpezas estão a ser feitas, na cozinha a mesma coisa, portanto, nós vamos tendo esse cuidado para depois não</p>
--	--	--

		<p>deixarmos tudo apenas para uma fase do ano (...) deixamos cair o certificado, não foi, então levamos as coisas, menos formal, mas garantimos que elas são feitas e garantimos que há um controlo corrente, que há um controlo frequente.”</p>
<p>Avaliação da Satisfação de Utentes</p>	<p>Medidores de Avaliação Necessidades e Expectativas dos Utentes Fatores Significativos</p>	<p>“(…) Todos os anos passa um questionário e aí sim, só uma vez por ano, onde os utentes respondem a várias questões para nós avaliarmos o grau de satisfação de cada utente. Infelizmente, não temos nenhum questionário para aplicar aos utentes que têm altas ou que vão abandonando (...) por volta de julho, agosto, esse questionário é passado todos os anos.”</p> <p>“(…) é claro que vai afetar o tratamento dos utentes, vou-te responder desta maneira. Porquê? Porque se nós estamos mais conscientes do que é que deve ser feito e da melhor maneira, então isto vai impactar o programa dos utentes porque eles vão receber o tratamento de qualidade (...)”</p> <p>“(…) Agora se os utentes têm conhecimento (...) do Sistema de Gestão da Qualidade ou se se apercebem porque é que está a ser aplicado? Não, não percebem, mas que são impactados por o nosso Sistema de Gestão de Qualidade interno ou não,</p>

		<p>isso são e isso vê-se na taxa de retenção que vamos tendo todos os anos nos nossos utentes.”</p> <p>“(…) eu acho que é a equipa técnica que faz muito a parte do programa e que faz muito que os utentes se mantenham connosco, não são propriamente as instalações, não é propriamente a medicação ser bem dada, mas sim a humanidade com que tratamos os nossos utentes. Ninguém coloca no Sistema de Gestão da Qualidade como é que devemos tratar os nossos utentes, ok, claro, simpatia, nunca passar para a arrogância, arrogância não mas para o destratar mas depois os detalhes, isso ninguém nos ensina, e eu acho que, essa parte humana e essa vertente humana não há nenhum fator quantitativo apenas qualitativo que é feito e visto através da maneira como os utentes falam connosco e da maneira como eles estão connosco. É a equipa técnica que é o grande pilar desta comunidade terapêutica é a equipa técnica que consegue promover o bem-estar e que consegue também promover, aqui o interesse deles se manterem connosco. Portanto não, não está previsto no nosso Sistema de Gestão da Qualidade, o que é que a pessoa, o que é que o técnico responde ao utente, mas na minha opinião é esta fantástica equipa técnica que faz um</p>
--	--	---

		<p>bom trabalho e que mantém aqui um grau de satisfação elevado.”</p> <p>“(…) tal e qual como outras comunidades terapêuticas foi preciso muito estudo muita aplicação do Sistema de Gestão da Qualidade para passarmos das tisanas a medicação, de tratamentos a sangue frio para tratamentos mais humanitários, para termos a atenção com um utente de maneira diferente, portanto, um utente não é um trabalhador, um utente é isso mesmo, um utente, um cliente que está aqui para ser tratado, esta visão muda porque também houve a necessidade e também porque houve alguém que pensou, “não, temos que aplicar aqui uma quantidade de regras, aplicar uma quantidade de normas para que as pessoas sejam tratadas como merecem, como devem e como pagam, porque no fundo, nós somos um negócio.”</p> <p>“(…)o ambiente é muito bom e queres, sinceramente, bom demais, porque eu quero que os meus utentes estejam bem, eu quero que os meus utentes se sintam bem, mas nós não somos uma instância de férias, portanto isto também tem de doer e tem de magoar um bocadinho, mas nós de facto oferecemos aos nossos utentes todas as condições para eles estarem bem, para eles se sentirem confortáveis e para eles aprenderem a ser um bocadinho</p>
--	--	---

		<p>egoístas, a pensarem neles próprios, e depois nos outros, a pensarem o que é que vêm aqui fazer. Temos uma infraestrutura excelente, precisamos de melhorias, precisamos de obras? Claro que sim, qual é a comunidade que não necessita? Mas temos tudo, tudo para eles se sentirem bem.”</p>
--	--	--

Apêndice E

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Montanha”

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Montanha”

Transcrição de Entrevista

Observações:

DT2: Diretora Técnica e Psicóloga na Comunidade Terapêutica “Montanha” (código DT2)

Data da realização: 11 de março de 2025

Duração: 25 minutos

Investigadora: Ora então, bom dia, antes de mais gostaria de agradecer a disponibilidade que tiveram para me receber e para responder a esta entrevista. É importante referir que esta entrevista será transcrita e tratada de forma completamente anónima de forma a respeitar a confidencialidade da comunidade e dos utentes. Desta forma gostaria de iniciar a mesma pela sua caracterização, qual a sua área de formação, que funções desempenha neste momento e há quanto tempo desempenha estas mesmas funções.

DT2: Nós é que agradecemos o convite e aproveito para parabeniza-la pelo trabalho que tem feito até aqui acerca deste tema e com isto dizer que, sou formada em Psicologia Clínica, com algumas especializações na área das dependências, até porque este “bichinho” pela área surgiu depois de uma experiência em contexto de CAT e isso fez com que me interessasse cada vez mais e procurasse investir na minha formação a esse nível. Ainda fiz algumas formações de Gestão de Equipas, Gestão de Conflitos e Terapia familiar. Em relação ao tipo de funções que desempenho aqui, sou atualmente Diretora Técnica e Psicóloga de Terapia Individual e de Grupo há, mais coisa menos coisa, 9 anos, sendo que só iniciei funções de Diretora há 5 anos. Eu neste momento estou responsável por toda a parte de gestão da comunidade, sempre em parceria com a minha Direção, da parte de gestão da equipa técnica, processos de admissão... e faço igualmente aquilo que sempre fiz desde que cá entrei, intervenções com os utentes de forma individual e em grupo, acompanhando sempre o processo de cada um deles desde a admissão até á sua reinserção.

Investigadora: Muito bem. E a vossa Comunidade Terapêutica tem neste momento quantos utentes?

DT2: Nós neste momento, salvo erro, temos cerca de 19 utentes, embora não estejam todos na mesma fase do programa terapêutico. Já tivemos muitos mais no entanto à medida que vamos ganhando, diria que vamos mesmo ganhando algum *know how* nesta área vamo-nos apercebendo que podemos oferecer um serviço mais especializado cada vez que temos uma redução de utentes porque permite-nos dedicar mais tempo a cada um deles, saber mais sobre as suas fragilidades, os seus *triggers*, os seus medos, as suas formas de ver a dependência em si e isso também nos dá conhecimento que nos permite ajudá-los e direcioná-los para o caminho certo, o caminho certo não é bem uma expressão que goste de usar, porque não há caminhos únicos, mas direcioná-los para um caminho que lhes permita viver a vida em pleno livre de substâncias dando-lhes as ferramentas possíveis para que o consigam alcançar.

Investigadora: Certo, seria possível dizer-me quantos se encontram em CT por consumo de drogas, álcool ou outras adições?

DT2: Sim, penso que 11 são álcool e os outros 8 drogas. Já tivemos em tratamento 2 utentes com dependência ao jogo, no entanto não se adaptaram às nossas regras e funcionamento e acabaram por ter uma alta não programada e até á data é muito raro recebermos pedidos de admissão dessa ordem, mesmo muito raro.

Investigadora: E em relação ao vosso Modelo Terapêutico, qual é o que têm implementado neste momento?

DT2: Nós seguimos o modelo Cognitivo-Comportamental focado na abordagem psicossocial de cada utente. A Terapia Cognitivo-Comportamental é implementada aqui na Comunidade de forma estruturada através de terapias individuais e de grupo, nas quais trabalhamos a identificação e modificação de padrões disfuncionais de pensamentos, sentimentos e, principalmente de comportamentos. Cada um dos nossos utentes é incentivado a reconhecer e questionar os pensamentos negativos automáticos que sustentam o seu comportamento aditivo e são igualmente incentivados a desenvolver estratégias práticas para lidar com situações de risco e prevenções de recaídas. Promovemos também exercícios e práticas concretas para reforçar habilidades sociais de cada um, o controlo emocional e também a capacidade de resolução de problemas, para que desta forma estes saberes lhes proporcione uma recuperação digna e que possam ser confrontados com semelhanças da vida quotidiana na sociedade lá fora, não é?! Nós acreditamos também que cada um tem uma maior capacidade de mudança quando se encontra num ambiente seguro, estruturado e afetivamente acolhedor e é isso que também proporcionamos aos nossos utentes.

Investigadora: Muito bem. E a vossa equipa multidisciplinar é constituída por quantas pessoas e quais as suas áreas de intervenção?

DT2: A nossa equipa é composta por 10 profissionais: 2 psicólogos, 1 técnico de serviço social, 5 monitores cujo 4 deles têm formação na área social, 1 médico psiquiatra, com visitas semanais e 1 médico de clínica geral com visitas semanais também. Ah e temos ainda uma enfermeira que apesar de não ter uma periodicidade fixa, está sempre disponível para nos atender caso necessitemos.

Investigadora: Ok... como é possível perceber quando aqui chegamos, a Comunidade Terapêutica encontra-se em meio rural, gostaria de perceber qual a sua opinião sobre esse tema, ou seja, o que acha que é mais benéfico para este público, comunidades em ambiente rural ou urbano?

DT2: Vejo prós e contras em ambos, no entanto, considero que o ambiente rural tem muitas mais vantagens porque permite-lhes, e para mim essa é a grande vantagem, um maior afastamento dos estímulos que os levavam aos consumos porque numa fase inicial os consumos ainda estão tão presentes nas suas vidas que qualquer coisa lhes faz lembrar aquela sensação de êxtase quando consumiam e rapidamente vem a angústia de não a poder realmente sentir. E por isso o meio rural permite-lhes um ambiente mais tranquilo, de mais introspeção, no entanto na fase final do programa acaba por se calhar ser uma desvantagem porque não se conseguem ir pondo à prova com a observação de estímulos exteriores. Entende o que quero dizer? E depois a nível da própria reinserção acabam por estar perante alguns desafios logísticos para chegar a qualquer lugar ou conseguir tratar de alguma burocracia..., mas ainda assim acredito que o meio rural é muito mais vantajoso.

Investigadora: E agora voltando-nos aqui um bocadinho para o tema de objeto de estudo gostaria de saber se têm conhecimento de algum modelo de Sistema de Gestão da Qualidade?

DT2: Sim, eu conheço alguns modelos, como a ISO 9001 e o EQUASS. Mas nós não temos implementado nenhum, nem nunca tivemos.

Investigadora: E sentem necessidade de ter? Alguma vez pensaram sobre isso?

DT2: Eu acho que não sentimos essa necessidade de uma forma ainda muito vincada porque de certa forma fomos criando o nosso próprio método de trabalho, no entanto reconheço, daquilo que vou vendo e ouvindo através de colegas da área que, é bastante facilitador após a sua implementação, claro, que aí acredito que seja o grande desafio, sobretudo ao nível da organização interna, de uma definição mais clara dos processos e da avaliação sistemática de resultados. A verdade é que este tema já foi debatido informalmente com a nossa Direção, mas

nunca se avançou com um plano estruturado de implementação, até porque os custos acabam por ser um pouco elevados.

Investigadora: Portanto ainda assim, como referiu, reconhecem vantagens na implementação?

DT2: Sim, sim, acreditamos que um Sistema de Gestão da Qualidade traria benefícios substanciais, nomeadamente como a padronização das práticas, a melhoria da comunicação interna, até porque esse muitas vezes é o nosso “Calcanhar de Aquiles” perdoe-me a expressão, mas muitas vezes para além do desafio que é lidar com este público, temos também o desafio de gerir a equipa e nem sempre é fácil agir em sintonia porque cada colaborador também tem as suas especificidades e o facto de muitas vezes não haver um guia orientador, digamos assim, são tomadas algumas decisões pouco conscientes. E por isso sim, tenho consciência que provavelmente nos traria também maior clareza nas funções, otimização de recursos e, principalmente, maior qualidade na prestação do serviço aos utentes, porque há sempre margem para progressão, sempre.

Investigadora: Ainda há pouco referiu que vocês vão definindo métodos de trabalho, pode explicar como o definem?

DT2: Aquilo que tem acontecido é que os procedimentos têm sido definidos de forma empírica, com base na experiência da equipa e nas exigências legais definidas pelas entidades como o ICAD, entre outros. Utilizamos protocolos internos e reuniões regulares, semanais, para garantir alinhamento, mas reconhecemos que falta alguma formalização e alguma documentação consistente, ou seja, universal, pela qual todos os membros da equipa se possam seguir.

Investigadora: Então e quais acha que são os principais desafios da dinâmica da CT?

DT2: Olhe, um dos maiores desafios é a rotatividade dos profissionais e a dificuldade em manter uma equipa estável, motivada e coesa, porque com tantas mudanças acaba por ser difícil definir até muitas vezes regras básicas e vou lhe dar um exemplo muito simples “não permitir que os utentes comam dentro dos quartos”, às vezes vão passando tantas pessoas novas que, ao não haver um manual que contemple certas noções de funcionamento e regras, há um esquecimento da nossa parte de as transmitir e depois o colaborador assume a sua própria decisão sem consultar porque acha que não há necessidade para o fazer, e isso não pode acontecer... Outro desafio relevante é a criação de estrutura, ou a falta dela, digamos assim, para muitas vezes atender à complexidade dos casos que recebemos, como os duplos diagnósticos e contextos familiares muito desestruturados e até mesmo com tendências suicidas muito ativas digamos assim.

Investigadora: E quais acha que são as principais áreas de melhoria?

DT2: Há sempre espaço para melhoria independentemente de se ter ou não um Sistema de Gestão aplicado, no entanto, eu diria que a gestão da informação clínica, a documentação dos processos, a falta do acompanhamento pós a alta são áreas com grande margem de melhoria. Também considero que seria benéfico para os nossos utentes termos aqui um maior enriquecimento de parcerias de reinserção pois muitos deles inicialmente após a sua alta pretendem ficar perto da comunidade devido à ancoragem que sentem em relação a nós e sinto que ter parcerias de reinserção lhes permitiria ingressar na dimensão profissional de uma forma mais rápida e eficaz.

Investigadora: Passando então para outra dimensão de análise, gostaria de saber qual a forma como avaliam ou medem a satisfação dos utentes, se é que o fazem?

DT2: Sim, fazemos, atualmente realizamos reuniões semanais de partilha com os utentes, onde recolhemos feedback qualitativo sobre o funcionamento da comunidade e onde os mesmos podem sugerir também alterações para aprovação pela equipa. Temos também um inquérito por questionário de avaliação no final do programa, mas ainda sem análise sistemática ou comparativa, a seu tempo espero conseguir fazê-lo.

Investigadora: Quais são os principais fatores que, na sua opinião, determinam a satisfação dos utentes durante o programa terapêutico?

DT2: Acho que acima de tudo a relação com os profissionais e a forma como os mesmos humanamente os tratam, o sentimento de pertença a um grupo que muitas vezes é mais do que alguma vez tiveram lá fora, e de certo modo a existência de regras que lhes permite vivenciar um ambiente controlado e calmo, algo que não estavam habituados, pois permite-lhe uma estabilidade emocional que de certo modo os motiva e satisfaz.

Investigadora: E quais são os principais fatores que, na sua opinião, determinam a satisfação dos utentes após o programa terapêutico?

DT2: Em relação aos utentes que recebem alta terapêutica a verdade é que nós não temos um acompanhamento pós-alta porque não temos estrutura para isso... no entanto aquilo que aconselhamos todos os utentes é a manterem-se acompanhados pela sua equipa de tratamento para que não se sintam desamparados lá fora.

Investigadora: Na sua perspetiva, quais são os fatores que têm impactado diretamente no bem-estar e no progresso dos utentes em recuperação?

DT2: O vínculo terapêutico é fundamental, a estabilidade emocional, o sentimento de auto-eficácia e o apoio familiar são cruciais, embora este último não se aplique a todos os utentes

tendo em conta que algumas famílias são completamente destruídas sem capacidade para ser suporte para alguém que precisa de um ambiente estável após um ano de tratamento. Além disso, o envolvimento dos utentes nas atividades e o reconhecimento do seu esforço por parte da equipa têm um impacto direto no bem-estar e na motivação para manter a abstinência.

Investigadora: Como avalia o ambiente terapêutico oferecido pela comunidade?

DT2: Apesar das limitações estruturais e logísticas, considero o ambiente terapêutico muito positivo. A equipa é dedicada e existe uma cultura de acolhimento e respeito mútuo. E acho sinceramente que é isso que faz com que a taxa de sucesso seja tão positiva. E digo isto porque como deve saber, são feitos *follow up's* anuais onde se procura saber quais os antigos utentes que se mantêm sóbrios e com uma vida profissional ativa e sem dúvida que essa é a melhor recompensa do nosso trabalho.

Investigadora: Sem dúvida. Muito obrigada pela sua colaboração, disponibilidade e sinceridade. Muito obrigada.

DT2: Ora essa, obrigada nós.

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Montanha”

Sinopse de Entrevista à Comunidade Terapêutica “Montanha”

Categoria de Análise	Subcategorias	Excertos
<p>Caracterização do Entrevistado</p>	<p>Formação Académica Funções que desempenha Antiguidade na Instituição</p>	<p>“(…) formada em Psicologia Clínica, com algumas especializações na área das dependências, (...) formações de Gestão de Equipas, Gestão de Conflitos e Terapia familiar. Em relação ao tipo de funções que desempenho aqui, sou atualmente Diretora Técnica e Psicóloga de Terapia Individual e de Grupo há, mais coisa menos coisa, 9 anos, sendo que só iniciei funções de Diretora há 5 anos. (...) estou responsável por toda a parte de gestão da comunidade, sempre em parceria com a minha Direção, da parte de gestão da equipa técnica, processos de admissão... e faço igualmente aquilo que sempre fiz desde que cá entrei, intervenções com os utentes de forma individual e em grupo, acompanhando sempre o processo de cada</p>

		<p>um deles desde a admissão até á sua reinserção.”</p>
<p>Caracterização da Instituição</p>	<p>Nº de Utentes Tipos de Adição Equipa Terapêutica Modelo Terapêutico Meio em que se insere</p>	<p>“temos cerca de 19 utentes (...) ganhando algum <i>know how</i> nesta área vamo-nos apercebendo que podemos oferecer um serviço mais especializado cada vez que temos uma redução de utentes porque permite-nos dedicar mais tempo a cada um deles, saber mais sobre as suas fragilidades, os seus <i>triggers</i>, os seus medos, as suas formas de ver a dependência em si e isso também nos dá conhecimento que nos permite ajudá-los.”</p> <p>“(…)11 são álcool e os outros 8 drogas. Já tivemos em tratamento 2 utentes com dependência ao jogo, no entanto não se adaptaram ás nossas regras e funcionamento.”</p> <p>“(…) seguimos o modelo Cognitivo-Comportamental focado na abordagem psicossocial de cada utente. A Terapia Cognitivo-Comportamental é implementada aqui na Comunidade de forma</p>

		<p>estruturada através de terapias individuais e de grupo, nas quais trabalhamos a identificação e modificação de padrões disfuncionais de pensamentos, sentimentos e, principalmente de comportamentos.”</p> <p>“(…) Promovemos também exercícios e práticas concretas para reforçar habilidades sociais de cada um, o controlo emocional e também a capacidade de resolução de problemas, para que desta forma estes saberes lhes proporcione uma recuperação digna e que possam ser confrontados com semelhanças da vida quotidiana na sociedade. (…)”</p> <p>“(…) equipa é composta por 10 profissionais: 2 psicólogos, 1 técnico de serviço social, 5 monitores cujo 4 deles têm formação na área social, 1 médico psiquiatra, com visitas semanais e 1 médico de clínica geral com visitas semanais (….) ainda uma enfermeira”</p> <p>“(…) considero que o ambiente rural tem muitas</p>
--	--	--

		<p>mais vantagens porque permite-lhes, e para mim essa é a grande vantagem, um maior afastamento dos estímulos que os levavam aos consumos porque numa fase inicial os consumos ainda estão tão presentes nas suas vidas que qualquer coisa lhes faz lembrar aquela sensação de êxtase quando consumiam e rapidamente vem a angústia de não a poder realmente sentir. (...) no entanto na fase final do programa acaba por se calhar ser uma desvantagem porque não se conseguem ir pondo à prova com a observação de estímulos exteriores.”</p>
<p>Sistema de Gestão da Qualidade</p>	<p>Modelo Implementado Vantagens/Desvantagens Definição de Procedimentos Desafios de Implementação Auditorias</p>	<p>“(...) conheço alguns modelos, como a ISO 9001 e o EQUASS. Mas nós não temos implementado nenhum, nem nunca tivemos.” “(...) não sentimos essa necessidade de uma forma ainda muito vincada porque de certa forma fomos criando o nosso próprio método de trabalho, no entanto reconheço, daquilo que vou</p>

		<p>vendo e ouvindo através de colegas da área que, é bastante facilitador após a sua implementação, claro, que aí acredito que seja o grande desafio, sobretudo ao nível da organização interna, de uma definição mais clara dos processos e da avaliação sistemática de resultados. A verdade é que este tema já foi debatido informalmente com a nossa Direção, mas nunca se avançou com um plano estruturado de implementação, até porque os custos acabam por ser um pouco elevados.”</p> <p>“(…)acreditamos que um Sistema de Gestão da Qualidade traria benefícios substanciais, nomeadamente como a padronização das práticas, a melhoria da comunicação interna, até porque esse muitas vezes é o nosso “Calcanhar de Aquiles” perdoe-me a expressão, mas muitas vezes para além do desafio que é lidar com este público, temos também o desafio de gerir a equipa e nem sempre é fácil agir em sintonia porque cada</p>
--	--	--

		<p>colaborador também tem as suas especificidades e o facto de muitas vezes não haver um guia orientador, digamos assim, são tomadas algumas decisões pouco conscientes. E por isso sim, tenho consciência que provavelmente nos traria também maior clareza nas funções, otimização de recursos e, principalmente, maior qualidade na prestação do serviço aos utentes (...)"</p> <p>"(...) os procedimentos têm sido definidos de forma empírica, com base na experiência da equipa e nas exigências legais definidas pelas entidades como o ICAD, entre outros. Utilizamos protocolos internos e reuniões regulares, semanais, para garantir alinhamento, mas reconhecemos que falta alguma formalização e alguma documentação consistente, ou seja, universal, pela qual todos os membros da equipa se possam seguir."</p>
--	--	--

		<p>“(…) um dos maiores desafios é a rotatividade dos profissionais e a dificuldade em manter uma equipa estável, motivada e coesa, porque com tantas mudanças acaba por ser difícil definir até muitas vezes regras básicas (…)”</p> <p>“(…) Outro desafio relevante é a criação de estrutura, ou a falta dela, digamos assim, para muitas vezes atender à complexidade dos casos que recebemos, como os duplos diagnósticos e contextos familiares muito desestruturados e até mesmo com tendências suicidas muito ativas digamos assim. “</p> <p>“(…) eu diria que a gestão da informação clínica, a documentação dos processos, a falta do acompanhamento pós a alta são áreas com grande margem de melhoria.”</p> <p>“(…) Também considero que seria benéfico para os nossos utentes termos aqui um maior enriquecimento de parcerias de reinserção pois muitos deles inicialmente</p>
--	--	--

		<p>após a sua alta pretendem ficar perto da comunidade devido à ancoragem que sentem em relação a nós e sinto que ter parcerias de reinserção lhes permitiria ingressar na dimensão profissional de uma forma mais rápida e eficaz.”</p>
<p>Avaliação da Satisfação de Utentes</p>	<p>Medidores de Avaliação Necessidades e Expectativas dos Utentes Fatores Significativos</p>	<p>“(…) atualmente realizamos reuniões semanais de partilha com os utentes, onde recolhemos feedback qualitativo sobre o funcionamento da comunidade e onde os mesmos podem sugerir também alterações para aprovação pela equipa. Temos também um inquérito por questionário de avaliação no final do programa, mas ainda sem análise sistemática ou comparativa (...)”</p> <p>“Acho que acima de tudo a relação com os profissionais e a forma como os mesmos [profissionais] humanamente os tratam [os utentes]. [É importante] O sentimento de pertença a um grupo que muitas vezes é mais do que alguma vez tiveram lá fora, e de certo modo a existência</p>

		<p>de regras que lhes permite vivenciar um ambiente controlado e calmo, algo que não estavam habituados, pois permite-lhe uma estabilidade emocional que de certo modo os motiva e satisfaz.”</p> <p>“Em relação aos utentes que recebem alta terapêutica a verdade é que nós não temos um acompanhamento pós-alta porque não temos estrutura para isso... no entanto aquilo que aconselhamos todos os utentes é a manterem-se acompanhados pela sua equipa de tratamento para que não se sintam desamparados lá fora.”</p> <p>“O vínculo terapêutico é fundamental, a estabilidade emocional, o sentimento de autoeficácia e o apoio familiar são cruciais, embora este último não se aplique a todos os utentes tendo em conta que algumas famílias são completamente destruídas sem capacidade para ser suporte para alguém que precisa de um ambiente estável após</p>
--	--	--

		<p>um ano de tratamento. Além disso, o envolvimento dos utentes nas atividades e o reconhecimento do seu esforço por parte da equipa têm um impacto direto no bem-estar e na motivação para manter a abstinência”</p> <p>“(…) considero o ambiente terapêutico muito positivo. A equipa é dedicada e existe uma cultura de acolhimento e respeito mútuo. E acho sinceramente que é isso que faz com que a taxa de sucesso seja tão positiva. E digo isto porque como deve saber, são feitos follow up’s anuais onde se procura saber quais os antigos utentes que se mantêm sóbrios e com uma vida profissional ativa e sem dúvida que essa é a melhor recompensa do nosso trabalho.”</p>
--	--	---

Apêndice F

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Campo”

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Campo”

Transcrição de Entrevista

Observações:

DT3: Diretora Técnica e Psicóloga na Comunidade Terapêutica “Campo” (código DT3)

Data da realização: 24 de abril de 2025

Duração: 30 minutos

Investigadora: Então em primeiro lugar, bom dia, obrigada por me ter recebido aqui no vosso espaço, na vossa instituição, e para contextualizarmos um bocadinho, aqui a entrevista, e neste caso a entrevistada, eu gostaria de saber qual é a sua área de formação e quais as suas funções neste momento na instituição.

DT3: Com certeza, agradecemos também enquanto instituição o interesse em querer saber mais sobre este tema da qual temos muito orgulho, uma vez que são raras, hoje em dia, as comunidades terapêuticas que possuem Sistema de Gestão da Qualidade e por isso ficamos muito contentes quando nos valorizam por isso mesmo. Também era esse o nosso objetivo. Posto isto, sou formada na área da Psicologia Clínica, com Pós-graduação em comportamentos aditivos e dependências e fui tirando ao longo dos anos formações complementares acerca deste tema e também na área da qualidade, uma vez que somos certificados, fazia-me todo o sentido perceber melhor sobre as abordagens práticas à gestão de melhoria neste setor, até porque a certificação foi implementada já eu cá estava a trabalhar. Em relação às funções que desempenho aqui, sou psicóloga, dou consultas e grupos terapêuticos embora cada vez menos porque a parte de direção técnica acaba por me “roubar” demasiado tempo, o que não me permite muitas vezes exercer. Há uma equipa para gerir, processos clínicos para organizar, admissões, e por aí fora que nunca mais saíamos daqui.

Investigadora: Então e desempenha estas funções há quanto tempo?

DT3: 9 anos, como psicóloga, como diretora técnica há sensivelmente 2 anos, a diretora anterior saiu e ofereceram-me a possibilidade de ascender e eu achei que tava à altura do desafio, com mais certezas agora do que nessa altura, mas foi um ótimo voto de confiança.

Investigadora: E em relação aos utentes, quantos têm neste momento na vossa comunidade e por que tipo de consumos?

DT3: Temos exatamente, neste momento, 25 utentes, 11 dos nossos utentes encontram-se em tratamento devido ao consumo problemático de drogas como heroína, cocaína e haxixe e 14 por dependência alcoólica. Para todos eles temos um plano individual com objetivos específicos que lhes permita no futuro a sua reabilitação.

Investigadora: Ok. E em relação ao modelo terapêutico, qual é o que têm implementado aqui?

DT3: O modelo terapêutico que temos é o Minnesota, anteriormente conhecido pelo modelo dos 12 passos. Pretendemos com este modelo uma abordagem em que eles sintam a responsabilidade individual pelas suas escolhas, que se foquem no autoconhecimento, e que se apoiem enquanto comunidade que isso é muito importante a interajuda, queremos que eles sintam que pertençam a algo, mas mais do que esse sentimento de pertença, focamo-nos na sua recuperação contínua.

Investigadora: Muito bem e a equipa multidisciplinar é composta por mais ou menos quantas pessoas e quais as suas áreas de intervenção?

DT3: Então, temos psicólogos, 1 assistente social, monitores terapêuticos, médico de medicina geral, médico psiquiatra, enfermeira, e duas estagiárias, uma de psicologia e outra de serviço social. Sei que no total somos 14 profissionais com muito amor à camisola. E é isso.

Investigadora: E em relação ao meio em que a Comunidade Terapêutica se encontra, o meio rural, o que acha em relação à localização?

DT3: A parte rural faz-me imenso sentido porque se queremos criar um ambiente seguro, protegido, tranquilo e sem distrações exteriores, a localização é a chave porque proporciona momentos de introspeção e isolamento, e ainda que sejam poucas as vezes, as saídas fora da comunidade a pé conseguem manter todas estas características e ainda adicionar de forma gradual a presença de pessoas da comunidade nas suas vidas.

Investigadora: Ok ok muito bem. Mudando aqui um bocadinho de assunto e trazendo o tema de investigação, gostaria que me dissesse por qual Sistema de Gestão da Qualidade são certificados uma vez que já foi mencionado anteriormente que são certificados.

DT3: Nem mais, somos mesmo uma das poucas comunidades certificadas pelo modelo EQUASS Assurance e isso deixa-nos muito orgulhosos, e já estamos a preparar a implementação para um dos nossos apartamentos de reinserção.

Investigadora: E sabe qual é que foi a principal motivação para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade?

DT3: Sim. Prestígio, estruturação e qualidade no serviço. Prestígio porque é algo que nos diferencia das outras comunidades e acabamos por ficar mais reconhecidos e por sermos escolhidos em vertente de outras. Estruturação a nível burocrático pois os procedimentos acabam por ser muito metódicos o que nos facilita na organização e conseqüentemente oferecemos um melhor serviço aos nossos utentes.

Investigadora: E porquê o modelo EQUASS e não outro?

DT3: Porque no fundo o EQUASS acaba por ser um modelo mais específico para as organizações sociais e é um modelo específico europeu e acho que foi um bocadinho por aí. Ah e também porque vai de encontro aos nossos valores enquanto instituição e isso pesou na escolha.

Investigadora: E lembra-se que medidas específicas foram introduzidas como parte do Sistema de Gestão da Qualidade? Ou pelo menos de algumas.

DT3: Algumas medidas já tínhamos, embora de forma rudimentar sem estarem estruturadas, mas a implementação de avaliações periódicas, reuniões semanais e mensais de equipa, avaliações de satisfação regulares com os utentes, documentação detalhada e organizada, formalização de processos terapêuticos, e por aí fora, veio com a implementação do sistema da qualidade.

Investigadora: E desde que ano são certificados?

DT3: Estamos certificados desde meados de 2018.

Investigadora: E quem são os principais intervenientes, ou quem foram os principais intervenientes na sua implementação e de que forma?

DT3: Então podemos dizer que foi a direção, nomeadamente o departamento da qualidade, a direção técnica e a equipa disciplinar da altura. Eu na altura não estava como diretora técnica mas lembro-me das alterações que tivemos de fazer a nível burocrático, nomeadamente, nos processos terapêuticos de cada utente e ainda fiz parte da elaboração de estratégias para obter elementos avaliativos e de melhoria, foram feitas auditorias internas com mais regularidade para nos prepararmos para as auditorias externas, foi-nos dada formação para nos adaptarmos a novos procedimentos, tanto a nível farmacêutico como, sei lá, de limpezas de espaços, por aí. E outros intervenientes foram também os utentes da altura que ao lhes ser criado um espaço onde pudessem expressar feedback em relação ao funcionamento também fez com que

fizéssemos alterações para lhes proporcionar um maior bem-estar, dentro do que estava ao nosso alcance e que nos fazia a nós, equipa, sentido.

Investigadora: E como é que definem os procedimentos?

DT3: Os nossos procedimentos são definidos de forma coletiva, em reuniões semanais ou mensais com base nas exigências do modelo e também adaptados à nossa própria realidade. Mais uma vez vamo-nos apoiando no feedback dos utentes e claro dos próprios monitores e psicólogos que muitas vezes são quem está mais presente no quotidiano, até mais os monitores e que ao porem a mão na massa, perdoe-me a expressão, acabam por perceber o que é necessário alterar, o que funciona e o que não funciona.

Investigadora: E quais tem sido os principais desafios na implementação e manutenção do EQUASS?

DT3: Acho que a resistência inicial à mudança e que ainda se vai mantendo, embora menos, por parte dos colaboradores porque muitas vezes perguntam “ah mas porque é que temos de fazer assim se antes fazíamos de outra forma e sempre resultou” e eu tenho de explicar que ser certificado também implica um rigor diferente e que temos de criar estratégias para que não haja falhas, ou pelo menos que haja menos falhas para continuarmos sempre a progredir, mas o que parece agora assim fácil de explicar nem sempre o é e nem sempre as pessoas do outro lado estão dispostas a aceitar. Essa para mim é um dos principais desafios, manter a equipa comprometida e motivada com estas práticas, porque nem sempre é fácil.

Investigadora: E onde é que acha que o EQUASS poderia ser mais eficaz?

DT3: Da parte que mais me toca, na simplificação dos processos administrativos porque muitas vezes não nos permite dedicar tempo à nossa intervenção direta com os utentes, o que é penoso para eles e para nós.

Investigadora: E com que frequência são auditados?

DT3: Somos auditados de dois em dois anos de forma externa e temos auditorias internas semestrais, o que nos permite ter maior controlo e capacidade de aperfeiçoamento mais imediato uma vez que não deixamos passar muito tempo.

Investigadora: Muito bem e em relação à avaliação e satisfação dos utentes, como é que medem ou avaliam as mesmas?

DT3: A cada seis meses os utentes respondem a um questionário de satisfação e têm sempre as terapias individuais e de grupo onde podem ir dando feedback, embora não seja algo estruturado e vem de forma informal, digamos assim, é algo que tomamos em consideração.

Investigadora: E considera que o EQUASS contribui para uma melhor compreensão das necessidades e expectativas dos utentes? De que forma?

DT3: Sim, acaba por ser aquilo que acabamos de falar, com os questionários e espaços para que eles possam dar feedback também nós conseguimos analisar aquilo que vão dizendo e vendo se faz sentido ou não.

Investigadora: Quais é que acha que são os principais fatores que determinam a satisfação dos utentes durante o programa terapêutico?

DT3: No meu entender e daquilo que nos vão partilhando, os principais fatores são o respeito que temos para com eles, são a forma como são tratados, a maneira como se sentem seguros, a tranquilidade, o espírito comunitário, o sentimento de pertença, e o grupo é muito importante.

Investigadora: E após o programa terapêutico?

DT3: Após o programa terapêutico nós não temos bem uma forma de avaliar isso, só apenas o feedback daqueles que vão mantendo o contacto e que vão pedindo ajuda, todos os outros que não o fazem ficamos na incerteza de que ainda se mantenham sóbrios, infelizmente.

Investigadora: E na sua perspetiva, o EQUASS tem impactado diretamente no bem-estar e progresso dos utentes em recuperação? Reconhece melhorias?

DT3: Sim, acredito que aquilo que o EQUASS nos trouxe foram melhorias nas nossas formas de atuar, na própria qualidade de intervenção, e isso conseqüentemente leva-nos a ter um melhor desempenho e isso impacta também neles, sem sombra de dúvidas.

Investigadora: E como considera o ambiente terapêutico oferecido pela comunidade?

DT3: Considero que o ambiente é muito positivo, somos acolhedores, oferecemos segurança, somos comprometidos na recuperação deles e apesar de algumas debilidades que possamos ter enquanto equipa, porque somos todos humanos com as nossas personalidades e maneiras de ser, sei que estão todos aqui disponíveis para ajudarem os nossos utentes com tudo o que têm.

Investigadora: Muito muito obrigada pela sua ajuda e participação, foi mesmo muito importante para mim e para este estudo.

DT3: Obrigada nós, que lhe corra tudo pelo melhor e que consiga chegar às conclusões que procura e nós iremos saber notícias, tenho a certeza.

Investigadora: Sim, claro que sim, muito obrigada mais uma vez.

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Campo”

Sinopse de Entrevista à Comunidade Terapêutica “Campo”

Categoria de Análise	Subcategorias	Excertos
<p>Caracterização do Entrevistado</p>	<p>Formação Académica Funções que desempenha Antiguidade na Instituição</p>	<p>“(…) formada na área da Psicologia Clínica, com Pós-graduação em comportamentos aditivos e dependências e fui tirando ao longo dos anos formações complementares acerca deste tema e também na área da qualidade (…)”</p> <p>“(…) Em relação às funções que desempenho aqui, sou psicóloga, dou consultas e grupos terapêuticos embora cada vez menos porque a parte de direção técnica acaba por me “roubar” demasiado tempo, o que não me permite muitas vezes exercer. Há uma equipa para gerir, processos clínicos para organizar, admissões (…)”</p> <p>“(…) [desempenha estas funções há...] 9 anos, como psicóloga, como diretora técnica há sensivelmente 2 anos, a diretora anterior saiu</p>

		<p>e ofereceram-me a possibilidade de ascender (...)"</p>
<p>Caracterização da Instituição</p>	<p>Nº de Utentes Tipos de Adição Equipa Terapêutica Modelo Terapêutico Meio em que se insere</p>	<p>"(...) Temos exatamente, neste momento, 25 utentes, 11 dos nossos utentes encontram-se em tratamento devido ao consumo problemático de drogas como heroína, cocaína e haxixe e 14 por dependência alcoólica (...)"</p> <p>"O modelo terapêutico que temos é o Minnesota, anteriormente conhecido pelo modelo dos 12 passos. Pretendemos com este modelo uma abordagem em que eles sintam a responsabilidade individual pelas suas escolhas, que se foquem no autoconhecimento, e que se apoiem enquanto comunidade que isso é muito importante a interajuda, queremos que eles sintam que pertençam a algo, mas mais do que esse sentimento de pertença, focamo-nos na sua recuperação contínua."</p> <p>"(...) temos psicólogos, 1 assistente social, monitores</p>

		<p>terapêuticos, médico de medicina geral, médico psiquiatra, enfermeira, e duas estagiárias, uma de psicologia e outra de serviço social. Sei que no total somos 14 profissionais (...)"</p>
<p>Sistema de Gestão da Qualidade</p>	<p>Modelo Implementado Vantagens/Desvantagens Definição de Procedimentos Desafios de Implementação Auditorias</p>	<p>"(...) somos mesmo uma das poucas comunidades certificadas pelo modelo EQUASS Assurance e isso deixa-nos muito orgulhosos, e já estamos a preparar a implementação para um dos nossos apartamentos de reinserção."</p> <p>"(...) Prestígio, estruturação e qualidade no serviço. Prestígio porque é algo que nos diferencia das outras comunidades e acabamos por ficar mais reconhecidos e por sermos escolhidos em vertente de outras. Estruturação a nível burocrático pois os procedimentos acabam por ser muito metódicos o que nos facilita na organização e consequentemente oferecemos um melhor serviço aos nossos utentes.</p>

		<p>[em relação à motivação da escolha do modelo]”</p> <p>“(…) no fundo o EQUASS acaba por ser um modelo mais específico para as organizações sociais e é um modelo específico europeu e acho que foi um bocadinho por aí. Ah e também porque vai de encontro aos nossos valores enquanto instituição e isso pesou na escolha.”</p> <p>“(…)Algumas medidas já tínhamos, embora de forma rudimentar sem estarem estruturadas, mas a implementação de avaliações periódicas, reuniões semanais e mensais de equipa, avaliações de satisfação regulares com os utentes, documentação detalhada e organizada, formalização de processos terapêuticos, e por aí fora, veio com a implementação do sistema da qualidade.”</p> <p>“(…) certificados desde meados de 2018.”</p> <p>“(…) foi a direção, nomeadamente o departamento da qualidade, a direção técnica e a equipa</p>
--	--	--

		<p>disciplinar da altura. (...)lembro-me das alterações que tivemos de fazer a nível burocrático, nomeadamente, nos processos terapêuticos de cada utente e ainda fiz parte da elaboração de estratégias para obter elementos avaliativos e de melhoria, foram feitas auditorias internas com mais regularidade para nos prepararmos para as auditorias externas, foi-nos dada formação para nos adaptarmos a novos procedimentos, tanto a nível farmacêutico como, sei lá, de limpezas de espaços, por aí. E outros intervenientes foram também os utentes da altura que ao lhes ser criado um espaço onde pudessem expressar feedback em relação ao funcionamento também fez com que fizéssemos alterações para lhes proporcionar um maior bem-estar (...) [sobre os intervenientes na implementação do SGQ]”</p> <p>“(...) Os nossos procedimentos são definidos de forma coletiva, em</p>
--	--	---

		<p>reuniões semanais ou mensais com base nas exigências do modelo e também adaptados à nossa própria realidade. Mais uma vez vamo-nos apoiando no feedback dos utentes e claro dos próprios monitores e psicólogos que muitas vezes são quem está mais presente no quotidiano (...)"</p> <p>"(...) Acho que a resistência inicial à mudança e que ainda se vai mantendo, embora menos, por parte dos colaboradores porque muitas vezes perguntam "ah mas porque é que temos de fazer assim se antes fazíamos de outra forma e sempre resultou" e eu tenho de explicar que ser certificado também implica um rigor diferente e que temos de criar estratégias para que não haja falhas, ou pelo menos que haja menos falhas para continuarmos sempre a progredir (...) Essa para mim é um dos principais desafios, manter a equipa comprometida e motivada com estas práticas, (...)"</p>
--	--	--

		<p>“(…) simplificação dos processos administrativos porque muitas vezes não nos permite dedicar tempo à nossa intervenção direta com os utentes, o que é penoso para eles e para nós. [em relação a onde é que o SGQ poderia ser mais eficaz]”</p> <p>“(…) Somos auditados de dois em dois anos de forma externa e temos auditorias internas semestrais, o que nos permite ter maior controlo e capacidade de aperfeiçoamento mais imediato (...)”</p>
<p>Avaliação da Satisfação de Utentes</p>	<p>Medidores de Avaliação Necessidades e Expectativas dos Utentes Fatores Significativos</p>	<p>“(…)A cada seis meses os utentes respondem a um questionário de satisfação e têm sempre as terapias individuais e de grupo onde podem ir dando feedback, embora não seja algo estruturado e vem de forma informal, digamos assim, é algo que tomamos em consideração.”</p> <p>“(…) com os questionários e espaços para que eles possam dar feedback também nós conseguimos analisar aquilo que vão</p>

		<p>dizendo e vendo se faz sentido ou não.”</p> <p>“(…) os principais fatores são o respeito que temos para com eles, são a forma como são tratados, a maneira como se sentem seguros, a tranquilidade, o espírito comunitário, o sentimento de pertença, e o grupo é muito importante. [sobre os fatores que satisfazem os utentes durante o programa terapêutico]”</p> <p>“(…) Após o programa terapêutico nós não temos bem uma forma de avaliar isso, só apenas o feedback daqueles que vão mantendo o contacto e que vão pedindo ajuda, todos os outros que não o fazem ficamos na incerteza de que ainda se mantenham sóbrios, infelizmente.”</p> <p>“(…) acredito que aquilo que o EQUASS nos trouxe foram melhorias nas nossas formas de atuar, na própria qualidade de intervenção, e isso consequentemente levamos a ter um melhor desempenho e isso impacta</p>
--	--	---

		<p>também neles, sem sombra de dúvidas (...)"</p> <p>"(...) o ambiente é muito positivo, somos acolhedores, oferecemos segurança, somos comprometidos na recuperação deles e apesar de algumas debilidades que possamos ter enquanto equipa, porque somos todos humanos com as nossas personalidades e maneiras de ser, sei que estão todos aqui disponíveis para ajudarem os nossos utentes com tudo o que têm (...)"</p>
--	--	--

Apêndice H

Instrumentos relativos à entrevista realizada à Comunidade “Jardim”

Transcrição de Entrevista

Observações:

DT4: Diretora Técnica e Psicóloga na Comunidade Terapêutica Jardim (código DT4)

Data da realização: 7 de maio de 2025

Duração: 20 minutos

Investigadora: Então, olá, muito bom dia, queria primeiro agradecer a disponibilidade que tiveram para me receber e para realizar a entrevista. A entrevista será divulgada de forma anónima porque no fundo o que importa aqui é os vossos saberes e o vosso conhecimento para que possamos cruzar com os de outras comunidades e chegar a algum resultado. Por isso eu gostava de começar por lhe perguntar qual é a sua formação académica e quais são as funções que desempenha na instituição?

DT4: Nós é que agradecemos o convite. Eu sou, em primeiro lugar Terapeuta Ocupacional, mais tarde tirei Psicologia e Mestrado em Psicologia Social e das Organizações e desde sempre que me interessei por este público em especial até porque o meu percurso profissional sempre esteve ligado a comunidades terapêuticas. Comecei nesta instituição há cerca de 6 anos, mais ou menos, como Diretora Técnica onde para além das funções de coordenação de equipa, coordenação de toda a dinâmica da comunidade, organização de processos, admissões, também dava grupos terapêuticos, neste momento isso já não acontece porque a direção me pediu para me dedicar às burocracias que são necessárias e temos um psicólogo para esse efeito e caso os utentes precisem de falar de forma individual por alguma razão específica. Por isso neste momento sou diretora técnica a tempo inteiro.

Investigadora: Em relação aos utentes, vocês neste momento têm quantos utentes e quais os tipos de adições?

DT4: Nós temos neste momento 17 utentes, 5 deles são dependentes de drogas e 12 são dependentes de álcool. A verdade é que cada vez mais somos procurados para dependência ao álcool do que às drogas, e antigamente era completamente o oposto, por isso é que a nossa percentagem de adictos ao álcool é muito superior.

Investigadora: E em relação ao modelo terapêutico, qual é o modelo que têm implementado?

DT4: O modelo que temos implementado é o Modelo Holandês. Nós pretendemos minimizar o máximo possível os danos tanto para os utentes como para a comunidade em geral, acreditamos que podemos atrasar o início das drogas “duras” e trabalhamos para que estas pessoas deixem de ser postas à margem na sociedade e que a sociedade veja o seu potencial e não somente as suas falhas.

Investigadora: Então e a vossa equipa multidisciplinar é constituída por quantas pessoas? E quais é que são as áreas de atuação dessas mesmas pessoas?

DT4: Como já referi à pouco eu estou apenas com a parte da direção técnica, temos um psicólogo, 5 monitores, um médico psiquiatra que nos visita sempre que necessário, um enfermeiro nas mesmas condições e depois temos um auxiliar de serviços gerais. Penso que somos 10 nas minhas contas, acho que não me falta ninguém.

Investigadora: Esta comunidade como as que tenho passado situa-se em meio rural, ou pelo menos encontra-se afastada da comunidade em geral. Acha que é um fator importante para a recuperação dos utentes?

DT4: Sim, acho que sim, o afastamento permite-lhes desconectarem-se da vida que levavam e acabam por estarem longe das pressões do seu meio envolvente em que viviam e que os levava aos consumos. O contacto com a natureza acredito que lhes traga alguma paz e tempo para pensarem ou repensarem nas escolhas que fizeram e nas escolhas que farão a partir daqui.

Investigadora: Se me permite vamos aqui entrar um bocadinho no objeto de estudo da minha investigação, o Sistema de Gestão da Qualidade e eu gostava de saber se conhecem alguns modelos?

DT4: Sim, conhecemos, por exemplo a ISO que é a mais conhecida. Sim conhecemos.

Investigadora: E sentem necessidade ou alguma vez pensaram sobre ser certificados por algum modelo? E veem vantagens na certificação?

DT4: Nunca foi um tema que a direção demonstrasse muito interesse em abordar e muito sinceramente eu não sinto que isso viesse trazer grandes melhorias, talvez pudesse ajudar em algumas burocracias, mas até chegarmos a isso implicaria muito trabalho e muita despesa que não temos. Eu acredito que ainda que possa ser uma mais valia se calhar a nível de publicidade não acho que isso definisse a qualidade do nosso trabalho que considero ser muito boa. E até porque acho que isso iria mudar a nossa dinâmica e iria tornarmo-nos menos espontâneos e humanos em relação aos utentes.

Investigadora: E como é que vão definindo procedimentos de atuação?

DT4: Os nossos procedimentos vão sendo adaptados pelas necessidades emergentes e concretas dos nossos utentes, pela nossa experiência enquanto profissionais e juntamo-nos semanalmente para alinhar pensamentos e formas de atuação para andarmos em sintonia, o que tem resultado até agora.

Investigadora: E quais são os principais desafios da dinâmica da comunidade, para si?

DT4: Acho que os maiores desafios se prendem com os conflitos existentes entre os utentes que muitas vezes atingem limites que não podem ser ultrapassados e às vezes não é fácil atuar de forma rápida e eficaz. Mas no geral os nossos utentes respeitam-nos e valorizam o nosso trabalho, mas há sempre quezílias entre eles, muitas vezes consequente do excesso de convivência, outras vezes por as reduções de medicação os deixam mais reativos, outras vezes porque trazem o passado para dentro da comunidade, e podíamos estar aqui o dia todo. Em relação a nós, as limitações financeiras muitas vezes também são um desafio porque não nos permite ser muito expansivos em relação a inovações, mas temos de dar aso à nossa criatividade e imaginação e criar muitas vezes atividades que não necessitem de ter custos.

Investigadora: E quais é que acha que são as vossas principais áreas de melhoria?

DT4: Algo que eu gostaria era de manter contacto após tratamento com os utentes ou de alguma forma dar seguimento, mas a verdade é que não nos é possível, mas para mim é um dos objetivos futuros, ainda não sei bem em que moldes, mas mais cedo ou mais tarde irá acontecer.

Investigadora: Em relação à avaliação e satisfação dos utentes, como é que fazem ou medem, ou não fazem essa avaliação? Como funciona convosco?

DT4: O que nós costumamos fazer é passar um questionário de satisfação por volta desta altura porque normalmente é quando temos maior taxa de utentes em tratamento, no verão decresce sempre e na altura das festas de inverno também. É uma forma de termos mais feedback.

Investigadora: E para si quais é que são os principais fatores que podem determinar a satisfação durante o programa terapêutico e após?

DT4: Eu acho que só o facto de se sentirem ouvidos, compreendidos e o facto de perceberem que deste lado têm pessoas que verdadeiramente se preocupam com o crescimento emocional e pessoal de cada um, que estamos disponíveis para os ajudarmos a restabelecer laços, acho sinceramente que isso é o que faz a diferença. No pós-tratamento como disse à pouco é algo que não temos acesso porque deixamos de ter contacto mas acredito que são estes sentires que vão acontecendo ao longo do tratamento que os mantêm no caminho certo.

Investigadora: Como avalia o ambiente terapêutico oferecido pela comunidade?

DT4: Muito bom, acho que é um ambiente único, onde existe muito humanismo, respeito, os utentes dizem várias vezes que se sentem “em casa”, alguns dizem que nunca se sentiram tão tranquilos como aqui e isso para nós é o mais importante. Oferecer um ambiente de casa aos nossos utentes, valorizarmos os nossos utentes, sermos empáticos. É o mais importante.

Investigadora: Muito obrigada pela seu contributo e participação.

DT4: Muito obrigada.

Sinopse de Entrevista à Comunidade Terapêutica “Campo”

Categoria de Análise	Subcategorias	Excertos
<p>Caracterização do Entrevistado</p>	<p>Formação Académica Funções que desempenha Antiguidade na Instituição</p>	<p>“(…)em primeiro lugar Terapeuta Ocupacional, mais tarde tirei Psicologia e Mestrado em Psicologia Social e das Organizações e desde sempre que me interesse por este público em especial até porque o meu percurso profissional sempre esteve ligado a comunidades terapêuticas. Comecei nesta instituição há cerca de 6 anos, mais ou menos, como Diretora Técnica onde para além das funções de coordenação de equipa, coordenação de toda a dinâmica da comunidade, organização de processos, admissões, também dava grupos terapêuticos, neste momento isso já não acontece (…) Por isso neste momento sou diretora técnica a tempo inteiro.”</p>

<p>Caracterização da Instituição</p>	<p>Nº de Utentes Tipos de Adição Equipa Terapêutica Modelo Terapêutico Meio em que se insere</p>	<p>“(…) temos neste momento 17 utentes, 5 deles são dependentes de drogas e 12 são dependentes de álcool (…)”</p>
<p>Sistema de Gestão da Qualidade</p>	<p>Modelo Implementado Vantagens/Desvantagens Definição de Procedimentos Desafios de Implementação Auditorias</p>	<p>“(…) O modelo que temos implementado é o Modelo Holandês. Nós pretendemos minimizar o máximo possível os danos tanto para os utentes como para a comunidade em geral, acreditamos que podemos atrasar o início das drogas “duras” e trabalhamos para que estas pessoas deixem de ser postas à margem na sociedade e que a sociedade veja o seu potencial e não somente as suas falhas. (…)”</p> <p>“(…) eu estou apenas com a parte da direção técnica, temos um psicólogo, 5 monitores, um médico psiquiatra que nos visita sempre que necessário, um enfermeiro nas mesmas condições e depois temos um auxiliar de serviços gerais. Penso que somos 10 (…)”</p> <p>“(…) o afastamento permite-lhes desconectarem-se da</p>

		<p>vida que levavam e acabam por estarem longe das pressões do seu meio envolvente em que viviam e que os levava aos consumos. O contacto com a natureza acredito que lhes traga alguma paz e tempo para pensarem ou repensarem nas escolhas que fizeram e nas escolhas que farão a partir daqui. [opinião acerca da CT ser no meio rural]”</p> <p>“(…) Nunca foi um tema que a direção demonstrasse muito interesse em abordar e muito sinceramente eu não sinto que isso viesse trazer grandes melhorias, talvez pudesse ajudar em algumas burocracias, mas até chegarmos a isso implicaria muito trabalho e muita despesa que não temos. Eu acredito que ainda que possa ser uma mais valia se calhar a nível de publicidade não acho que isso definisse a qualidade do nosso trabalho que considero ser muito boa. E até porque acho que isso iria mudar a nossa dinâmica e iria tornarmo-nos menos espontâneos e humanos em</p>
--	--	--

		<p>relação aos utentes. [opinião acerca da possível implementação de um SGQ na CT]”</p> <p>“(…)Os nossos procedimentos vão sendo adaptados pelas necessidades emergentes e concretas dos nossos utentes, pela nossa experiência enquanto profissionais e juntamo-nos semanalmente para alinhar pensamentos e formas de atuação para andarmos em sintonia (…)”</p> <p>“(…)os maiores desafios se prendem com os conflitos existentes entre os utentes que muitas vezes atingem limites que não podem ser ultrapassados e às vezes não é fácil atuar de forma rápida e eficaz. Mas no geral os nossos utentes respeitam-nos e valorizam o nosso trabalho, mas há sempre quezílias entre eles, muitas vezes consequente do excesso de convivência, outras vezes por as reduções de medicação os deixam mais reativos, outras vezes porque trazem o passado para</p>
--	--	--

		<p>dentro da comunidade, e podíamos estar aqui o dia todo. Em relação a nós, as limitações financeiras muitas vezes também são um desafio porque não nos permite ser muito expansivos em relação a inovações (...)"</p> <p>"(...) eu gostaria era de manter contacto após tratamento com os utentes ou de alguma forma dar seguimento, mas a verdade é que não nos é possível, mas para mim é um dos objetivos futuros (...)"</p>
<p>Avaliação da Satisfação de Utentes</p>	<p>Medidores de Avaliação Necessidades e Expectativas dos Utentes</p> <p>Fatores Significativos</p>	<p>"(...) costumamos fazer é passar um questionário de satisfação por volta desta altura porque normalmente é quando temos maior taxa de utentes em tratamento (...)"</p> <p>"(...)só o facto de se sentirem ouvidos, compreendidos e o facto de perceberem que deste lado têm pessoas que verdadeiramente se preocupam com o crescimento emocional e pessoal de cada um, que estamos disponíveis para os ajudarmos a restabelecer</p>

		<p>laços, acho sinceramente que isso é o que faz a diferença. No pós-tratamento como disse à pouco é algo que não temos acesso porque deixamos de ter contacto mas acredito que são estes sentires que vão acontecendo ao longo do tratamento que os mantém no caminho certo. [fatores que influenciam na satisfação dos utentes]”</p> <p>“(…) acho que é um ambiente único, onde existe muito humanismo, respeito, os utentes dizem várias vezes que se sentem “em casa”, alguns dizem que nunca se sentiram tão tranquilos como aqui e isso para nós é o mais importante. Oferecer um ambiente de casa aos nossos utentes, valorizarmos os nossos utentes, sermos empáticos. (...)”</p>
--	--	---