

Artículo de Investigación

Estratégias multiprofissionais no tratamento das pessoas aditas sem substância

Multidisciplinary strategies in the treatment of substance addicted people

José Vicente¹: ESECS - Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.

jose.vicente@ipleiria.pt

Fernando Magalhães: CRIA-ISCTE e IN2PAST / ESECS - Instituto Politécnico de Leiria, Portugal

fernando.magalhaes@ipleiria.pt

Fecha de Recepción: 01/07/2024

Fecha de Aceptación: 19/07/2024

Fecha de Publicación: 29/08/2024

Cómo citar el artículo:

Vicente, J., & Magalhães, F., (2024). Estratégias Multiprofissionais no Tratamento Das Pessoas Aditas Sem Substância. [Multidisciplinary Strategies in the Treatment of Substance Addicted People]. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1-20. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-489>

Resumen:

Introducción: Los comportamientos adictivos son considerados como una desviación comportamental y un problema de salud física y mental que afecta a muchas personas a nivel mundial. Existen comportamientos adictivos con y sin sustancia. **Metodología:** Para realizar este trabajo, se usó una metodología cualitativa, centrada en un estudio de caso. Para recopilar los datos, se utilizaron entrevistas semiestructuradas. La información recogida se procesó analizando el contenido según la propuesta de Laurence Bardin. **Resultados:** Los datos recogidos muestran que las comunidades terapéuticas están articuladas con las estructuras existentes en la comunidad. Además, el recurso a las nuevas tecnologías y la participación activa de las personas adictas en tratamiento son fundamentales para su proceso evolutivo. **Discusión:** Las comunidades terapéuticas integran nuevas tecnologías en sus modelos de tratamiento y también fomentan la participación activa de las personas en su propio proceso de recuperación. **Conclusiones:** Podemos concluir que la articulación de las comunidades terapéuticas con las estructuras comunitarias, junto con el uso de nuevas tecnologías y la participación activa de los pacientes, es crucial para el éxito del tratamiento de las adicciones. Estas prácticas mejoran la efectividad del tratamiento y también apoyan el desarrollo personal

¹Autor Correspondiente: José Vicente. ESECS - Instituto Politécnico de Leiria (Portugal).

y la integración social de las personas en recuperación.

Palabras clave: conductas adictivas; enfermedad; enfermedad de adicción; tratamiento; comunidad terapéutica; profesionales; equipo multidisciplinario; trabajo colaborativo.

Abstract:

Introduction: Addictive behaviors are seen as a behavioral deviation and a physical and mental health problem that affects many people worldwide. There are addictive behaviors with and without substance. **Methodology:** To carry out this work, we opted for a qualitative methodology, centered on a case study, using semi-structured interviews as data collection techniques. To process the information collected, content analysis was used in accordance with the Laurence Bardin proposal. **Results:** The data collected show that therapeutic communities work in conjunction with existing structures in the community and that the use of new technologies and the active participation of people undergoing treatment are fundamental to the evolutionary process. **Discussion:** Therapeutic communities include new technologies in their treatment models and also promote active participation of people in their own recovery process. **Conclusions:** We can conclude that the articulation of therapeutic communities with community structures, together with the use of new technologies and active participation of patients, is crucial to the success of addiction treatment. These practices improve the effectiveness of treatment and also support personal development and social integration of recovering persons.

Keywords: addictive behaviors; disease; addiction disease; treatment; therapeutic community; professionals; multidisciplinary team; collaborative work.

1. Introdução

Em Portugal é cada vez maior o número de pessoas internados em comunidades terapêuticas para tratamento de comportamentos aditivos sem substância. Os comportamentos aditivos sem substância são definidos como um envolvimento patológico numa determinada atividade que expõe as pessoas a estímulos que alteram o humor e produzem uma sensação de prazer ou alívio da dor. Existem vários comportamentos aditivos sem substância, incluindo a utilização problemática da internet, apostas, jogo patológico codependência e videojogos.

Num passado recente, as comunidades terapêuticas estavam maioritariamente destinadas a pessoas com problemas de dependência química ou alcoólica. As comunidades terapêuticas são unidades de internamento prolongado em regime fechado que visam travar o empobrecimento físico e psíquico resultante do consumo de substâncias psicoativas. As comunidades terapêuticas operam com uma equipa multidisciplinar especializada na prestação de cuidados a pessoas que têm problemas de dependência química, emocional e comportamental mediante um programa terapêutico articulado em diferentes fases.

A justificação desta investigação prende-se com a inexistência de estudos e de produção científica em Portugal que nos facultem informações sobre a importância das comunidades terapêuticas para o tratamento de pessoas com problemas de comportamentos aditivos sem substância.

Para Marconi e Lakatos (2003), a determinação dos objetivos define o que se pretende alcançar, explicitando assim o problema de pesquisa.

Os principais objetivos desta investigação são;

- a) Perceber quais as parcerias estabelecidas entre as comunidades terapêuticas e as

estruturas existentes na comunidade que favorecem respostas especializadas, inovadoras e pioneiras no tratamento de pessoas que sofrem com problemas de comportamentos aditivos sem substância;

- b) Saber se a evolução tecnológica e o recurso às novas tecnologias têm sido fundamentais para responder a determinadas dimensões da problemática;
- c) Saber se as pessoas em tratamento nas comunidades terapêuticas são co-construtoras dos seus processos de tratamento e não meros alvos de intervenção por parte dos profissionais da equipa técnica.

A problemática aqui trabalhada respeita ao tratamento de pessoas com problemas de comportamentos aditivos elegendo por objeto de estudo a organização, práticas e modelos e intervenções realizadas pelas comunidades terapêuticas.

1.1. Dos comportamentos aditivos à ação da comunidade terapêutica

Os comportamentos aditivos vêm sendo cada vez mais estudados como uma doença neurobiológica em que o uso repetido de uma substância corrompe e reorganiza o circuito normal de recompensa e o comportamento adaptativo, causando mudanças neuroplásticas significativas que se manifestam como um comportamento recorrente e compulsivo na procura de substâncias (Oliveira, 2012).

Os comportamentos aditivos não se conceptualizam e reduzem ao uso de substâncias psicoativas. Nos últimos anos a conceptualização de comportamentos aditivos começou a agregar todos os comportamentos obsessivos e compulsivos que alteram de forma significativa a saúde, as relações sociais e profissionais das pessoas que sofrem com esta problemática.

Os comportamentos aditivos e dependências (CAD) são de grande complexidade. na sua etiologia (multifatorial), na sua expressão e gestão pessoal, na forma como inevitavelmente vão produzir danos pessoais, familiares e sociais, na forma como as pessoas se vão relacionar com as estruturas sociais e de saúde que inevitavelmente vão ter de recorrer, na forma como se vão manter num estado de difícil equilíbrio, na forma como vão trazer consequência difíceis de gerir e suportar, na forma como vão modular um sentido de vida e uma reflexão retrospectiva numa fase mais adiantada de vida (Seabra, 2019).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a característica essencial da dependência a continuação repetitiva do comportamento obsessivo-compulsivo apesar dos problemas significativos que a pessoa adquire e que estão intimamente relacionados com esta problemática

existe um padrão de autoadministração repetida que resulta geralmente da tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas. A dependência é definida por um conjunto de três ou mais dos sintomas e que ocorrem em qualquer altura no mesmo período de 12 meses. (DGS, 2014, p. 26)

Os comportamentos aditivos e as dependências, com ou sem substâncias, são fenômenos complexos e multidimensionais, envolvendo fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e ambientais. Envolvem a procura de prazer, mas implicam simultaneamente diversas consequências negativas. Geralmente, estão associados a danos físicos, sociais ou mentais para o próprio ou para terceiros (familiares, amigos, colegas). Acabar com estes comportamentos

pode ser difícil e pode originar sintomas físicos e psicológicos (Instituto Português do Desporto e Juventude I.P., 2020).

A integração tecnológica mundial ampliou-se a um ritmo exponencial, deflagrando uma sucessão de novas revoluções de entretenimento igualmente diversificadas. Invariavelmente, o uso de telemóveis, internet, redes sociais e videojogos são um elemento significativo da realidade atual fazendo surgir novos tipos de dependências (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências-SICAD, 2023).

Para além da utilização compulsiva das novas tecnologias, a compulsão alimentar também é considerada um comportamento aditivo. O comportamento alimentar no TCAP é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controlo sobre o quê ou o quanto se come. Esta compulsão é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. Alguns autores afirmam que um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo: a sensação de perda de controle o objetivo: a quantidade do consumo alimentar (Azevedo et al., 2004).

Quando estudamos os comportamentos e a conduta das pessoas portadoras de comportamentos aditivos sem substância percebemos que estas agem e reagem da mesma forma que os dependentes químicos, tentam esconder o seu problema, mentem, manipulam os seus familiares ou pessoas significativas. Estas pessoas tendem a não cumprir as suas responsabilidades familiares, sociais, emocionais e profissionais. As suas teias relacionais e as redes de suporte social deixam de ter a importância que tinham e o a doença da adição passa a ser a principal fonte de colmatar o profundo mal-estar emocional, a tristeza, ansiedade, sentimentos de culpa e irritabilidade.

A adição “é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma importância muito maior para um determinado indivíduo, do que outros comportamentos que antes tinham mais valor” (Costa, 2009). A partir do momento em que as principais estruturas de saúde nacionais e internacionais consideraram a adição como uma doença, foi necessário apresentar respostas para prevenir e (ou) tratar.

O tratamento da adição “apresenta aspetos específicos ligados a cada substância em concreto e aspetos gerais comuns a toda as dependências sendo diversos os problemas colocados por cada situação e, como tal, diversos os recursos a mobilizar em cada caso” (Maurício & Vicente, 2023).

Para o tratamento de todos os comportamentos aditivos sem substância: jogo patológico, da utilização excessivas das novas tecnologias, dos distúrbios alimentares e das compras compulsivas, tem de envolver uma abordagem diversificada, que tem de incluir intervenções terapêuticas psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, médicas, intervenções sistémicas e reintegração social.

Ao perspetivar uma evolução deste fenómeno, foi relevante analisar, modificar e repensar as principais medidas tomadas pelas instituições de saúde públicas e privadas para que as pessoas que sofrem com a doenças da adição por comportamentos aditivos sem substância não fossem excluídas do acesso ao tratamento. As respostas em saúde devem ser planeadas e executadas com base na evidência e de forma pragmática. Ao nível do tratamento, foi necessário prevenir o agravamento da situação implementando a literacia sobre o fenómeno para a população em geral; alertas e estimulação de procura de ajuda para as pessoas e para

seus familiares; sensibilização dos agentes comunitários de acesso (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2021, p. 48).

Os resultados alcançados com as políticas até agora desenvolvidas confirmam que a operacionalização da lei se constituiu como um paradigma de intervenção que tem vindo a contribuir para a redução do consumo de substâncias ilícitas, apontando para a continuidade, consolidação e sustentabilidade da dissuasão, por via do envolvimento dos parceiros na definição das estratégias e no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas e aperfeiçoar as respostas e intervenções existentes. (SICAD, 2013, p. 11)

Em Portugal as principais estruturas públicas de tratamento estão sob a alçada do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. (ICAD, I.P.), extinguindo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), pelo decreto de Lei Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro. No artigo 3º do referido decreto de lei, alínea 2, pode-se ler que cabe ao ICAD, I.P., a execução de programas de intervenção local com vista à redução, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências no âmbito das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) e das unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.

As Estruturas locais de cariz operativo, são constituídas por equipas técnicas multidisciplinares, bem como prestam cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, em regime ambulatorio, seguindo intervenções terapêuticas baseadas em evidência científica. Com base nestes pressupostos os CRI contemplam: Equipas de intervenção comunitária - As intervenções comunitárias procuram dar respostas no âmbito da prevenção, de modo a possibilitar a diminuição de fatores de riscos na área dos comportamentos aditivos e dependências, quer através de ações na comunidade, nas escolas e /ou com famílias, quer de acompanhamento de projetos ou ainda de supervisão/parcerias no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.

As Equipas técnicas especializadas - São equipas multidisciplinares com intervenções do médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social com vista ao processo de reabilitação dos doentes e envolvendo nomeadamente a família, de acordo com as necessidades individuais, psicológicas e sociais de cada utente, procurando a melhoria da sua qualidade de vida. (ARSC, I.P, 2012)

No âmbito dos comportamentos aditivos as atividades a realizar com as pessoas aditas, o tratamento é desenhado com base no modelo lógico, assegurando uma relação coerente entre as necessidades diagnosticadas, os objetivos de intervenção, as ações planeadas, os recursos disponíveis e respetivos resultados. O plano de tratamento visa promover um estilo de vida saudável através da colaboração entre a pessoa adita e os profissionais que desenvolvem as suas práticas profissionais nestas unidades de saúde. A intenção é potenciar nos aditos em tratamento fatores de proteção e reverter ou diminuir os fatores de risco que possam potenciar as recaídas.

O tratamento, independentemente de ser realizado em contexto ambulatorio ou em internamento, tem como objetivo primordial ajudar a pessoa adita a reaprender a viver sem recorrer á sua adição química, comportamental ou emocional, respeitando-se como pessoa, com dignidade, capacidades, limites e responsabilidades próprias, tão autonomamente quanto possível, de modo a concretizar um percurso pessoal reorganizador da própria vida (Vicente, 2019).

Quando tratamento em regime ambulatorio não evolui de forma adequada, a comunidade terapêutica é entendida, para maior parte dos interventores sociais na área dos comportamentos aditivos e dependências, como a reposta mais adequada para o tratamento da pessoa adita. Na comunidade terapêutica a abordagem ao tratamento é realizada de forma sistêmica e holística recorrendo a estratégias cientificamente validadas para garantir a saúde mental das pessoas aditas sem descurar os portadores de duplo diagnóstico. A designação de duplo diagnóstico é cada vez mais usada entre os profissionais que trabalham com pessoas aditas e significa a combinação de uma perturbação psiquiátrica grave com o abuso ou dependência de substâncias e ou comportamentos aditivos sem substância (Marques-Teixeira, 2000).

As comunidades terapêuticas prestam cuidados a pessoas aditas que necessitem de internamento prolongado e em regime residencial, com apoio psicoterapêutico e socio terapêutico. Estas unidades de saúde formam uma sociedade em miniatura na qual os profissionais na sua condição de facilitadores e os pacientes com papéis distintos aderem conjuntamente às regras de boa convivência, na sua gênese são uma “comunidade de sentido, porque há, nesta experiência de comunidade terapêutica, obrigatoriamente, uma partilha de sentidos de vida, inerentes à filosofia da comunidade, modelo de tratamento, regras, valores inerentes que enquadram a ação e a experiência” (Vieira, 2009, p. 22).

Desde o dia em que se concretiza a admissão em comunidade terapêutica, até ao regresso da plena autonomia (reintegração social), percorre-se o caminho longo, árduo e difícil.

A entrada/admissão da pessoa adita em comunidade terapêutica é antecedida por um conjunto de procedimentos obrigatórios, tais como: a entrevista prévia de admissão com o propósito de dar a conhecer ao futuro candidato a paciente (adito em tratamento), as principais regras de convivência em comunidade terapêutica, atividades a realizar, obrigações e responsabilidades, a forma como se configura o tratamento (sessões de terapia em grupo, terapias individuais, consultas de diferentes especialidades médicas, atendimentos e sessões com o assistente social, em suma pretende-se dar num breve espaço de tempo informar, situar e dar a conhecer ao paciente as principais regras que vai ter de cumprir no seu dia-a-dia e posteriormente de acordo com a sua disponibilidade para o tratamento avaliar as probabilidades de acolher/admitir o candidato (pessoa adita) na comunidade terapêutica.

O tratamento em internamento de estadia prolongada (comunidade terapêutica), exige da pessoa adita total entrega, honestidade e mudança uma quebra nos padrões do comportamento. Na comunidade terapêutica a pessoa adita participa ativamente no seu plano de tratamento e o objetivo diário da vivência em grupo é a descoberta de si próprio, física e psiquicamente, nas suas possibilidades e limitações, sem medo de errar, reconstruindo a sua personalidade, aceitando sugestões, partilhando, deixar de lado a vontade própria e a arrogância, sendo humilde e recorrendo à identificação com os restantes elementos do grupo que sofrem com o mesmo problema e que partilham histórias de vida similares.

Cada caso é um caso, cada paciente tem as suas experiências, mas a doença da adição tem características muito particulares que se enraízam da mesma forma na generalidade das pessoas aditas em tratamento. O interesse e satisfação da pessoa adita em tratamento pelo trabalho psíquico e socio terapêutico, quer no domínio da transformação psíquica ou nos padrões comportamentais são basilares para aprender a viver com a possibilidade de se auto reconstruir e aceitar a sua doença.

O tratamento tem maior possibilidade de resultar, quando existe uma efetiva parceria e

responsabilidade mútua entre os que prestam ajuda (profissionais) e os que dela necessitam (aditos/pacientes).

O tratamento da adição para pessoas com problemas de comportamentos aditivos sem substância usa o mesmo modelo de intervenção usado para as pessoas com dependência química, a existência de substâncias psicoativas, é apenas um pequeno pormenor. A doença adição torna-se mais visível quando as pessoas passam a agir de forma repetitivas e obsessivamente desequilibrando sua a vida. A atuação das pessoas aditas é comum em todas as dependências por gerarem problemas em todas as dimensões da sua vida e novas patologias. Logo, também são diversos os recursos a mobilizar em cada caso. As equipas técnicas multidisciplinares “são constituídas por médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, enfermeiros, técnicos psicossociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros, refletem esta diversidade de intervenção” (IDT, 2003, p. 8).

As comunidades Terapêuticas são vistas na atualidade como um dos mais importantes serviços ao nível do tratamento e da reintegração socioprofissional das pessoas toxicodependentes, e tentam responder a um conjunto de necessidades e lacunas sentidas e vividas pelos seus residentes. “Os clientes das Comunidades Terapêuticas representam um grupo diferenciado de indivíduos que partilham uma história comum de consumos de drogas e cujas vidas foram marcadas por estes consumos, tanto a um nível psicológico, social, clínico-médico, familiar e espiritual” (Sommer, 2011, p. 136).

Em Portugal os modelos de tratamento mais usados em comunidade terapêutica são Modelo Biopsicossocial que definimos anteriormente, 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. A Comunidade terapêutica enquanto unidade residencial, pelo quotidiano de indivíduos que estão internados gira neste contexto, obviamente em contacto com outros contextos. É uma “comunidade de sentido, porque há, nesta experiência de Comunidade Terapêutica, obrigatoriamente, uma partilha de sentidos de vida, inerentes à filosofia da comunidade, modelo de tratamento, regras, valores inerentes que enquadram a ação e a experiência” (Vieira, 2009, p. 22).

Ainda que as comunidades terapêuticas em grande maioria se foquem no internamento e na estadia prolongada da pessoa com comportamentos aditivos, cada uma dessas unidades pode recorrer a diferentes modelos de tratamento. As intervenções nas comunidades terapêuticas “são longas, durando vários meses e a duração do tratamento está relacionado com a abstinência após a alta, quando o indivíduo regressa ao seu meio ambiente de origem” (Alves, 2015, p. 20).

A permanência em Comunidade Terapêutica tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos. Os primeiros Modelos de tratamento apresentavam uma estadia em Comunidade Terapêutica de entre 2 a 3 anos, posteriormente reduzida para estadias entre 12 a 18 meses, isto observa-se mais recentemente,

devido a um conjunto de mudanças, quer pela maneira de ser dos utentes, do tipo de consumos, e do surgimento de outras realidades clínicas associadas aos consumos, das substâncias consumidas em si, da realidade social e das políticas sociais em matéria de toxicodependências. (Sommer, 2011, p. 14)

O processo de tratamento das dependências é um processo moroso e complexo, com avanços e recuos, “que implica a rutura com os referenciais previamente incorporados pelos

indivíduos, os quais estão por vezes associados aos quadros disfuncionais da situação de dependência e requerem um forte investimento e motivação para a mudança nas diferentes áreas de vida” (Coelho, 2016, p. 48).

A comunidade terapêutica surge, assim, como uma resposta da sociedade a um problema individual, familiar e social.

Enquanto método e estrutura em si própria, atenta na pessoa na sua globalidade, não a fragmentando, nem a confinando ao seu problema de toxic dependência. Espera do indivíduo, através da experiência comunitária, a mudança do seu estilo de vida e a redefinição da sua identidade, devolvendo-lhe, assim, o seu papel reflexivo, no sentido de se poder confrontar consigo, com a sua história, com as suas decisões, com a sua identidade, com o seu presente, com as suas expectativas de futuro. (Vieira, 2009, p. 5)

A Comunidade terapêutica como estrutura física deve estar contida, longe da movimentação urbana. Estas estruturas residenciais são colocadas em zonas rurais ou periurbanas, onde o próprio espaço e ambiente apela à tranquilidade e ao descanso. Esta distância das localidades e da movida urbana é intencional, este afastamento ajuda a os residentes se focarem em si mesmo e em todas as atividades realizadas no decorrer do seu tratamento.

A comunidade terapêutica tem a pretensão de produzir sujeitos aptos aos padrões sociais, que insiram normativamente aos ditames da sociedade, nada é mais revigorante e muito importante para o tratamento que realizá-lo num contexto seguro e tranquilo que permita estar em serenidade, esta é umas das dimensões com maior relevância para a construção da pessoa e para a compreensão de si mesmo na relação com os outros numa dimensão que favorece o bem-estar (Calinas, 2011).

Nas comunidades terapêuticas, o processo psico e socio terapêutico é pautado no rigor do cumprimento das normas internas e nas relações interpessoais desenvolvidas entre as pessoas aditas internadas e com os membros da equipa técnica. Esta resposta social garante um programa terapêutico em regime residencial/fechado, de média duração, cuja natureza/designação, objetivos, princípios orientadores, componentes e regime de funcionamento aqui se descrevem.

A intervenção da equipa multidisciplinar da comunidade terapêutica é ajudar as pessoas aditas em tratamento a desenvolver um novo projeto de vida que se concretiza através da planificação conjunta de ações. Para que esta prática desenvolvida por todos os intervenientes seja realizada uniformemente numa lógica implícita no Modelo biopsicossocial. Por ser sistémico, multidimensional e de cariz humanista o modelo biopsicossocial, Para que exista mudança e impacto na vida da pessoa em tratamento, é necessário começar por travar o empobrecimento, físico, psíquico e relacional associado a longos períodos de adição ativa.

O Modelo biopsicossocial desenvolveu-se a partir dos centros de tratamento e reabilitação, constitui uma opção para impulsionar o enfoque holístico de atenção integral da pessoa com problemas de saúde, transcende o modelo Biomédico abordando a pessoa de forma integral, desde o reconhecimento dos direitos humanos, à autonomia, a sua integração, considerando todo o ambiente onde esta habita e as determinantes sociais que influenciam e condicionam a sua capacidade de se recuperar (Alfaro et al., 2012).

De referir que os modelos utilizados no tratamento da doença da adição em comunidade terapêutica têm em comum o modelo Humanista baseado no desenvolvimento de valores e estilos de vida saudáveis sem droga. O principal objetivo da estadia terapêutica em

comunidades terapêutica é produzir mudanças estruturais em diversas dimensões da vida do indivíduo, nomeadamente,

a nível pessoal (autonomia, reacquirição de rotinas de autocuidado, regulação de funções alicerçais ao saudável funcionamento do indivíduo como ciclo sono vigília e a alimentação) e comunitário (hierarquização de valores, reflexão sobre normas de conduta social, treino de competências interpessoais, entre outros. (Campos, 2015, p. 30)

2. Metodologia

A construção teórica deste trabalho de investigação é essencialmente consubstanciada numa perspetiva realística e compreensiva das transformações sociais que surgiram com o aparecimento da problemática dos comportamentos aditivos e dependência (CAD) nas últimas décadas em Portugal.

Há assim neste trabalho um olhar sobre o fenómeno dos comportamentos aditivos e dependência à luz da revisão da literatura, das linhas de ação de tratamento e reabilitação de acordo com o SICAD - Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos, que se tem vindo a alterar, afastando a cultura estigmatizante, discriminatória e negativa sobre todos os pontos negativos associados às pessoas que sofrem com comportamentos aditivos.

A problemática aqui trabalhada respeita ao tratamento de pessoas com problemas de comportamentos aditivos elegendo por objeto de estudo a organização, práticas e modelos e intervenções realizadas pelas comunidades terapêuticas.

Considerando os nossos objetivos, adotamos uma abordagem qualitativa caracterizada por um estudo de caso. Entendendo assim, que o estudo de caso como estratégia de investigação se adequa ao carácter relativamente inexplorado deste fenómeno social, e a intensidade de análise que supõe adaptar-se às múltiplas facetas do mesmo. Para Gil (2008), o estudo de caso “tem vindo a ser utilizado com maior frequência pelos pesquisadores sociais, visto servirem a pesquisas com diferentes propósitos e é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo que permite o conhecimento amplo do objeto de pesquisa” (Gil, 2008, p. 57).

Na metodologia qualitativa o investigador

ausculta as opiniões individuais (entrevista não estruturada ou livre, observação participante ou não participante) sem se preocupar em categorizar as respostas de antemão; pressupõe ser fundamental atender às características individuais dos intervenientes num programa/intervenção, porque é da forma como estes se empenham que tudo depende. (Coutinho, 2004, p. 443)

A abordagem das metodologias qualitativas de investigação destaca o seu carácter descritivo, interpretativo e compreensivo com que se analisa o social, valorizando o significado da ação e o papel dos sujeitos na construção social da realidade. Estas metodologias permitem conhecer as especificidades dos contextos investigados na medida em que valorizam a contextualização e a perspetiva dos atores sociais (Silva, 2013).

A recolha de dados foi realizada através de dez entrevistas semiestruturadas realizadas a quatro assistentes sociais, três psicólogos e três psiquiatras num total de nove entrevistados que desenvolvem as suas práticas profissionais em comunidade terapêutica. A opção das entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha foi por serem “inteiramente abertas ou

encaminhadas por um grande número de perguntas precisas, em que o investigador dispôs de uma série de perguntas guias relativamente abertas, a propósito, das quais foi imperativo receber informação por parte do entrevistado.

É uma técnica de recolha de dados que tem como objetivo obter as informações que interessam à investigação” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 95). A entrevista é um importante “instrumento de trabalho nos vários campos das ciências sociais [...], como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia Social, a Política, o Serviço Social e outras” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 196).

Para o tratamento dos dados recorreremos à análise de conteúdo de acordo com a proposta Laurence Bardin. O processo de análise das entrevistas foi feito de forma de horizontal, no primeiro momento fez-se a transcrição das entrevistas realizadas para a investigação e de seguida organizou-se e todo o material. No segundo momento classificaram-se as categorias contidas nas falas dos sujeitos entrevistados, a análise e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados pesquisa empírica e da análise documental (Bardin, 2010).

3. Apresentação e discussão dos resultados de Investigação

Na presente investigação, as entrevistas foram aplicadas a técnicos superiores que se conhecem pessoalmente, e como tal, facilmente identificam as respostas de cada um, não só pelo discurso idiossincrático, mas também pelo conteúdo das respostas. Nesse sentido no final do relato dos entrevistados colocam-se as seguintes siglas²: assistente social (AS_Ent_N)³, psicólogo (Psi_Ent_N), psiquiatra (Psiq_Ent_N), com estas siglas fica salvaguardada a confidencialidade dos entrevistados.

Tendo em conta que o primeiro objetivo da investigação pretendeu “perceber quais as parcerias estabelecidas entre as comunidades terapêuticas e as estruturas existentes na comunidade que favorecem respostas especializadas, inovadoras e pioneiras no tratamento de pessoas que sofrem com problemas de comportamentos aditivos sem substância”, foi necessário questionar de forma aberta e clara, quais as instituições com que articulam com maior regularidade, como o fazem e se essa articulação com as estruturas na comunidade é realizada por via completamente formal ou se o conhecimento dos profissionais entre instituições e a sua formação académica ajudam para agilizar os processos de procura de informação (maior facilidade de ter diagnósticos), maior facilidade no encaminhamento, suporte na resolução de problemas individuais, sociais e profissionais das pessoas aditas em tratamento.

Face ao exposto, os entrevistados começam por referir que,

“as principais estruturas da comunidade com quem mantêm uma ligação mais continuada é com a CPCJ- Comissão de Proteção e Crianças e Jovens em Risco, o CRI - Centro de Respostas Integradas e os Tribunais Judiciais e o IEFP-Instituto do Emprego e Formação Profissional” (Psi_Ent_1).

“A articulação com maior continuidade com estas instituições está intimamente ligada aos problemas dos comportamentos aditivos, ou porque estamos a falar de jovens que

²Explicação das Siglas (AS_Ent_N): (AS) Assistente social, (Ent) Entrevistado ,(N) Numero do entrevistado; (Psiq_ENT_N): (Psic) Psicólogo, (ENT) Entrevistado, (N) Numero do entrevistado; (Psiq) Psiquiatra , (ENT) Entrevistado, N) Numero do entrevistado.

sofrem com este problema de saúde ou da sua Mãe, Pai ou representante legal. Nos últimos anos, há cada vez mais pessoas com problemas de comportamentos aditivos sem substância, nomeadamente por jogo, a serem admitidos na nossa comunidade terapêutica e que para poderem estar internados os seus filhos menores ficam têm de ficar ao cuidado de alguém. Quando a pessoa é divorciada, o progenitor ou a progenitora, não participam na criação da criança, ou têm alguém de família direta em quem confiam e nós temos de saber que está tudo em ordem, ou então temos de articular com a CPCJ. É importante que façamos o nosso trabalho dentro da legalidade” (AS_Ent_1).

Conhecer aprofundadamente as estruturas existentes na comunidade, especialmente as respostas sociais para as pessoas aditas que se encontram em tratamento e saber os identificar os níveis de interdependência e as possibilidades de cada uma delas, é um processo basilar para poder colmatar as necessidades dos Pacientes da comunidade terapêutica.

“A conexão com outras instituições de saúde e outras da comunidade, é um trabalho feito em rede que nos ajuda não só a melhorar as nossas práticas como a poder ter respostas de acordo com as necessidades de cada um dos pacientes. Por outro lado, é forma de não estarmos isolados, podemos sempre agir e refletir conjuntamente sobre os desafios e oportunidades que temos ao trabalhar com este publico alvo e também conhecer novas orientações para a organização do serviço” (Psiq_Ent_2).

Sobre a questão da articulação ou com a rede de instituições da comunidade, é feita de forma formal ou informal podemos constatar que há uma canal de comunicação aberto entre os profissionais da comunidade terapêutica e os das instituições externas.

“Sou muito honesta, é claro que o trabalho acaba por ter de ser executado e concluído de forma formal, há contactos registados, datados e assinados, mas a melhor maneira de agilizar os processos é ter contactos informais de outros colegas da mesma área profissional ou de diferentes áreas mas com quem já estabelecemos uma relação de confiança e através de quem podemos obter informações, tais como saber se há uma vaga para encaminhamento, marcar uma consulta, pedir um relatório prévio para admissão do paciente etc.” (AS_Ent_3).

“O trabalho em rede e colaborativo é sempre uma mais-valia. Claro que com o tempo a passar cada vez tenho uma ligação e relação mais consistente com os outros colegas das outras instituições e isso dá-me a oportunidade de muitas das vezes ligar diretamente para o seu número de telefone pessoal, explicar-lhe o que pretendo e posteriormente formaliza os pedidos pelos canais oficiais. Entendo isso de forma muito positiva, até porque os nossos paciente (aditos), ainda são muito discriminados e mal vistos pelas principais estruturas de saúde, apoio social, educação, judiciais entre outras. Já me aconteceu ligar para serviços para poder encaminhar um paciente, eu sabia que havia uma vaga na instituição para serviço de ambulatório e como souberam que a pessoa era adita e tinha estado internada na nossa comunidade, a resposta foi negativa. Só depois de fazer uma reunião presencial e explicar que a pessoa era comedora compulsiva, que não usava drogas é que libertaram a vaga. Ainda é muito difícil sermos ouvidos à primeira vez quando ligamos a dizer que estamos a telefonar de uma comunidade terapêutica e precisamos de suporte, nomeadamente quando estamos a falar de estruturas de encaminhamento para educação, apoio de ambulatório etc.” (Psi_Ent_2).

“Para os psiquiatras entrevistados a articulação informal é fundamental, referem mesmo que é muito mais fácil e rápido falar com os outros colegas de forma informal e só depois

(caso seja necessário), fazem o caminho formal. Não entendem que isso favoreça só os pacientes (aditos em tratamento). Por vezes temos de aplicar ou mudar medicações que foram dadas por outro médico e que conhecemos o porquê da sua utilização, por vezes uma explicação via telefone feita pelo outro colega é suficiente para nos esclarecer” (Psic_Ent_3).

De acordo com os relatos apresentados a articulação é uma estratégia e uma ferramenta para os profissionais que operam diretamente na comunidade terapêutica, desenvolvendo, em conjunto com todas as instituições da comunidade que servem não só soluções imediatas para melhorar a qualidade de vida das pessoas aditas em tratamento, mas principalmente para poder contribuir para que possam existir mudanças significativas no seu projeto de vida.

Na realidade o trabalho colaborativo favorece a articulação entre os profissionais, tanto de forma mais particularizada e entre áreas disciplinares como cria maior robustez nas relações interinstitucionais. Nessa perspectiva emerge um modelo de atuação profissional que equilibra as relações, favorece a criação de respostas sociais que muitas das vezes a Tutela tem de delegar na sociedade civil.

A principal vantagem da articulação é que contribui para a existência de trabalho colaborativa que cria “fluxos de informações, de conexão entre pessoas. A grande vantagem das redes é de aproximar as pessoas que estão em localidades distantes. Neste contexto, as redes sociais, especialmente, as tecnológicas são consideradas como a forma de associação por excelência” (Rufino & Bonfim, 2015).

A Questão das novas tecnologias é cada vez mais um preditor de sucesso das organizações e tem-se verificado que é favorável, em muitos casos, para melhorar os procedimentos e aumentar o desempenho dos profissionais. Nessa perspectiva, a área da saúde e da intervenção social tem-se vindo a adaptar a esta nova realidade social.

Com segundo objetivo de investigação pretendemos saber se a evolução tecnológica e o recurso às novas tecnologias têm sido fundamentais para responder a determinadas dimensões da problemática.

Para interpretar os significados e as opiniões dos entrevistados, foi necessário ter um olhar multidimensional do objeto de estudo de forma que durante as entrevistas as resposta dos profissionais tivessem a obtenção de informações profundas relacionadas com as representações, expectativas que envolvem as práticas profissionais e os significados e opiniões relativamente ao impacto das novas tecnologias para melhorar as condições de trabalho e de tratamento das pessoas aditas em tratamento comunidade terapêutica.

Para a maior parte dos entrevistados as novas tecnologias, com génese na internet, tais como os sites, as bases de dados, as aplicações de videoconferência, as novas aplicações de pagamento em smartphone e computador e as redes sociais (WhatsApp, Messenger, entre outras), vieram trazer maior facilidade na comunicação e na articulação que necessita de ser feita com o exterior, seja entre membros da mesma equipa multidisciplinar, seja dos pacientes em tratamento para o exterior (famílias, pessoas significativas, instituições do estado, etc.)

O recurso às novas tecnologias é fundamental para podermos trabalhar o processo do paciente desde o primeiro dia à entrevista e admissão na comunidade terapêutica, até o final do tratamento. Tem-nos facilitado o trabalho a vários níveis, conseguimos colocar e ter acesso ao seu histórico do paciente no seu processo virtual. Em qualquer instante podemos partilhar ou inserir informações necessárias para o tratamento. Toda a

informação que nos é enviada seja por outras instituições, família ou pessoas significativas do paciente está organizada no processo individual do mesmo. (AS_Ent_3)

Outra vantagem é que toda a informação que nos é fornecida por outras estruturas que acompanharam o paciente e com quem mantemos contacto regular, caso seja necessário, é fundamental, o programa tecnológico qual trabalhamos, mais especificamente a plataforma no final do tratamento gera o documento que contém todo o processo evolutivo do paciente, desde a entrada à saída da comunidade terapêutica. (Psiqu_Ent_3)

“As novas tecnologias, trouxeram muitas vantagens atualmente qualquer informação que queiramos receber ou enviar sobre os pacientes, podemos entrar nos sites disponibilizados pelo estado e sabemos logo se temos vagas para encaminhar os pacientes, se são elegíveis pra frequentar formações, têm critérios para ser admitidos em diferentes estruturas. Mesmo nas reuniões que nos tínhamos de descolar com outros colegas, no tribunal, na CPCJ, no CRI, entre outras, que tínhamos de estar fisicamente, hoje temos a possibilidade de fazer tudo isso através de videoconferência, através de chamadas online, visitas online, podemos fazer quase tudo sem sair da comunidade terapêutica e estar constantemente com o paciente na área de tratamento. No Covid-19, nunca deixamos de trabalhar e muito desse trabalho burocrático não ficou pendente graças às novas tecnologias”. (AS_Ent_4)

“A questão da evolução tecnológica foi é fundamental para o nosso trabalho, assim termos mais tempo e mais disponibilidade para estar com os pacientes que estão em tratamento. Se pensar que há alguns anos, tínhamos de fazer tudo pelo telefone, esperar às vezes que um colega nos respondesse no dia seguinte ou depois, era muito cansativo. Tínhamos informações reduzidas, por vezes andávamos a ajustar a medicação porque o paciente tinha perdido as prescrições em papel, perdiam requisições de exames, etc. Era muito difícil, às vezes o outro médico psiquiatra, já tinha feito todo o diagnóstico, mas os pacientes perdiam os processos e tínhamos de estar a requer a fotocópias das informações escritas que os colegas tinham e pedir para que nos enviassem pelo correio. Por vezes, tardava a chegar ou não chegavam mesmo, perdia-se muito tempo. Hoje podemos requer e receber online toda as informações dos pacientes desde que estejamos mandatados para isso. Para mim, na qualidade de médico psiquiatra, foi uma das mais importantes mudanças para o trabalho que desenvolvo na comunidade terapêutica”. (Psiqu_Ent_2)

A discussão sobre as novas tecnologias desencadeou novos processos de organização, no trabalho para os profissionais da comunidade terapêutica e que dizem que tem afetado positivamente o conhecimento geral do paciente e a relação com o mesmo. O uso de novas tecnologias trouxe mais flexibilização dos procedimentos, reforçou a capacidade de intervenção dos profissionais, libertou-os de tarefas burocráticas insignificantes que nada contribuíam para o tratamento das pessoas aditas.

Presentemente, a tecnologia permite a concretização de tarefas que, até há 20 anos, eram impensáveis imaginar possíveis, e, no entanto, hoje são uma realidade que beneficia e facilita o quotidiano de milhões de pessoas. Porém, apesar de todas as vantagens e benefícios associados (Jesus, 2018, p. 56).

Após de podermos compreendermos a articulação entre a comunidade e as parcerias, o trabalho colaborativo com as estruturas existentes na comunidade, a existência das novas tecnologias que melhoram e podem aumentar a eficácia e a eficiência das práticas em comunidade terapêutica, pretendemos responder ao último objetivo de investigação: saber se

as pessoas em tratamento nas comunidades terapêuticas são co-construtoras dos seus processos de tratamento e não meros alvos de intervenção por parte dos profissionais da equipa técnica.

De acordo com todos os entrevistados as pessoas aditas em tratamento são o mais importante em todo este processo e nas práticas que desenvolvem na comunidade terapêutica.

Os pacientes são a nossa preocupação, estamos aqui a trabalhar para eles, todos os procedimentos que desenvolvemos são para melhorar a qualidade de vida deles e terem um futuro sem recaídas. (AS_Ent_2)

O foco de atuação está no paciente. Na área da saúde é importante lembra o juramento de Hipócrates e enquanto psiquiatra posso dizer que trabalhar com este publico alvo é sempre um desafio e temos de estar bem preparados. (Psiq_Ent_1)

Durante o curso de psicologia dizia sempre que não queria trabalhar nem com crianças e com pessoas com dependências químicas, comportamentais ou emocionais. Quando acabei o estágio tive a oportunidade de fazer um estágio profissional nesta comunidade terapêutica e atualmente é a minha área de eleição para desenvolver a minha prática profissional. (Psi_Ent_2)

Pelos relatos anteriormente transcritos, podemos perceber que os entrevistados que participaram na investigação vivem uma relação de proximidade distancia que ajuda na interação e conexão com as pessoas aditas em tratamento. O trabalho dos profissionais em comunidade terapêutica reveste-se de enorme proximidade e de contacto diário com os pacientes em tratamento.

Tendo em conta a particularidade dessa relação de proximidade/distância, é necessária uma autovigilância por parte do profissional. A comunidade terapêutica é um ambiente fechado para o exterior, equipa técnica e pacientes em tratamento partilham diariamente o mesmo espaço, sem convivência de pessoas externas ao ambiente de tratamento. Essa coexistência contínua exige a necessidade de colocar limites relacionais e emocionais para que não se confundam os papéis e de preservar valores que são fundamentais para o sucesso das pessoas aditas em tratamento. Principalmente valores que são principais para o bem-estar dos profissionais e dos pacientes “ética profissional, justiça social, dignidade e valor pessoal, importância das relações humanas, integridade e competência” (Lima, 2012, p. 32).

Esta relação, é também um dos principais fatores de análise quando queremos saber se as pessoas aditas participam ativamente no seu tratamento que se vai espelhando no seu novo projeto de vida.

Os profissionais são perentórios em afirmar que se empenham-se no planeamento, na execução e na implementação de ações que visam aumentar as competências sociais, profissionais e relacionais dos pacientes em tratamento, todas estas intervenções são analisadas e refletidas em conjunto. São firmes na forma como opinam e dão significado à participação dos pacientes, sem colaboração dizem que não existem conteúdos para trabalhar, que este é sempre um trabalho bidirecional.

Para nós é fundamental que o próprio paciente possa participar ativamente no seu processo de tratamento. O tratamento é um processo colaborativo e coletivo, ou seja, é importante que o paciente tenha consciência de todos os procedimentos e situações que são precisam de ser efetuados e resolvidos para que possa estar comprometido com o

consigo mesmo nesta fase da sua vida. O tratamento da doença da adição é difícil e tenho aprendido ao longo do tempo, que quanto mais existir envolvimento do paciente no seu tratamento mais valoriza o esforço que todos fazem e o impacto significativo que estar limpo e sóbrio sem comportamentos aditivos tem para ter um estilo de vida saudável. Nas sessões de terapia individual, há sempre um momento, para que cada paciente, nem que seja de cinco minutos, analise e avalie o seu processo individual e coletivo em tratamento. (Psi_Ent_3)

A participação e a reconstrução de um novo projeto de vida, não pode, nem deve acontecer sem a intervenção da pessoa que está em tratamento, mas isso é claro. Há que respeitar o direito à escolha e à decisão de cada um. Eu sou apenas uma profissional que trabalha na comunidade terapêutica, não sou juiz, nem posso mandar na vida do outro. Só posso fazer um bom trabalho quando sei exatamente quais são os principais objetivos das pessoas em tratamento, o que desejam para o seu futuro e de que maneira posso contribuir para os ajudar a obter o que pretendem. É óbvio que tenho de apresentar soluções, dar sugestões, referir o que tecnicamente é certo ou errado, alertar para comportamento ou atitudes que ponham o paciente em risco e que levem à recaída. Mas é sobretudo um trabalho de orientação e informativo que exige a participação efetiva do paciente em tratamento. Por outro lado, tento ser muito assertiva, se entendo e percebo que o paciente me está a manipular ou a evitar confrontar-se com a sua realidade sou a primeira a chamá-lo à atenção. Mas sim, os pacientes são participantes ativos na planificação do seu tratamento e na sua reintegração social. (AS_Ent_4)

Nas consultas pretendo que haja diálogo e que os pacientes em tratamento na comunidade terapêutica possam falar abertamente sobre as suas necessidades, os seus medos e o que esperam para o seu futuro. Mesmo nas questões da medicação, tenho sempre a atenção e questionar o paciente, ou para saber se é uma medicação que tomou anteriormente, se já se sente melhor com a que está a tomar, se tem dormido, se tem ansiedade, se sente que a medicação está a funcionar, etc. Como médico psiquiatra, sinto que as pessoas com problemas de comportamentos aditivos sem substância são mais resistentes em aceitar a sua doença (adição) e muitas vezes até esse momento também são resistentes a tratamentos químicos (com medicamentos), porque não concebem que têm um problema de saúde. Mas si, o tratamento tem de ser acontecer com a participação do paciente e de todos aqueles que sejam significativos para salvar a vida da pessoa. (Psiq_Ent_3)

As pessoas em tratamento só consegue confiar na equipa se sentir que faz parte dos seu processo de tratamento, que legitimamente, só faz sentido se for assim. A adesão ao processo psico terapêutico sócio terapêutico é reaprender a viver com todas as suas limitações, e esses limites têm de nos ser transmitidas de forma honesta pelo paciente. Posto isso, a sua participação está garantida em todos os momentos da construção do seu novo projeto de vida, desde a passagem de informação que nos vai transmitindo até ao momento de planeamento e execução das atividades que são acordadas em contexto de sessão de grupo ou sessão individual. (Psi_Ent_1)

Quando a pessoa adita vem para tratamento são lhe facultados todos os documentos que servem de base à sua estadia em comunidade terapêutica: Placar com as regras de bom convívência em grupo, regulamento interno, mapa e escala de atividades a cumprir, os horários e dias das sessões individuais e de grupo. Toda as informações sobre o funcionamento da comunidade terapêutica são entregues, explicadas e lidas em conjunto com o Paciente, ficando informado que o tratamento visa ser um processo colaborativo no qual a intervenção e participação do paciente é o mais importante (...),

afinal é a vida dele que está em causa. (AS_Ent_1)

Há uma questão relativamente à participação e envolvimento do Paciente que é fundamental dizer: a comunidade terapêutica não é uma prisão, logo qualquer momento que se o paciente queira abandonar pode fazê-lo. Obviamente, que fazemos todos os esforços para que fique connosco e possa realizar o tratamento até ao fim. Mas é um processo de decisão também participado e grande colaboração. Co construir a sua vida, é olhar para si e perceber as mudanças que tem de refletir em si e na sua maneira de pensar, sentir, ser, estar e sentir. Esta análise que faz em tratamento vai fazer que se auto responsabilize não só perante a equipa porque não é isso que a equipa pretende, o que pretendemos é que o próprio paciente saiba quais são os passos que está a dar e, portanto, esses passos, por vezes são passos de bebés, são pequenos passos, mas que vamos reforçando positivamente para que não repita os padrões comportamentais que levam à recaída Por experiência sabemos que os paciente se confiarem e nos verem como parceiros têm maior facilidade em pedir ajuda. (AS_Ent_2)

A participação ativa do paciente no tratamento é fundamental para a melhoria contínua dos seus resultados para a sua saúde e para a sua segurança. Para isso ser alcançado, faz-se necessário uma comunicação eficaz e empática dos profissionais e da equipa multidisciplinar no cuidado ao paciente. Além disso, é indispensável garantir que todos os pacientes tenham a oportunidade de participar ativamente de seu tratamento. Esta abordagem centrada no paciente é um passo crucial para um sistema de saúde mais eficiente e humanizado (Alvim, 2024).

5. Conclusões

Na sua globalidade, esta investigação demonstra a viabilidade e as vantagens de trabalhar de forma integrada e interinstitucional. O estudo empírico demonstra a necessidade de os profissionais da comunidade terapêutica articularem e trabalharem colaborativamente com as restantes estruturas da comunidade para facilitar envolverem a intervenção transdisciplinar que vai fortalecer e reforçar as pratica profissionais que serviram de base ao trabalho comas as pessoas aditas em tratamento. As práticas colaborativas são cada vez mais frequentes na atualidade para que os processos esse possam tornar menos burocráticos. Seja através de relações formais ou informais, conseguimos perceber com este trabalho de investigação a importância das parcerias, do trabalho em rede e da existência de relações saudáveis entre a comunidade terapêutica e as outras organizações que são fulcrais para o tratamento e a reintegração das pessoas aditas em tratamento. A vantagem da articulação entre instituições não se estabelece apenas para facilitar trabalho para os profissionais, mas também para dar as melhores condições e respostas possíveis aos pacientes que realizem o seu tratamento da adição na comunidade terapêutica.

O trabalho em comunidade terapêutica exige aos profissionais de mente para a execução de novas praticas profissionais simultaneamente á inovação tecnológica que vai acontecendo. De acordo com os objetivos de investigação foi possível verificar e induzir junto dos profissionais que trabalham em comunidade terapêutica que há uma extrema necessidade de recorrer a estratégias de implantação de novas tecnologias que tronam mais eficiente e eficazes o todos os procedimentos a executar durante o processo das pessoas aditas sem substância. As novas tecnologia oferece vantagens para aumentar a qualidade da comunicação, da ação e da operacionalização que tem em conta as considerações e aspetos sócio comportamentais como condição básica para o sucesso deste processo de mudança.

O antigo modelo de organização, imutável ao longo do tempo, vem sendo substituído por

outro onde as organizações são vistas como um conjunto de processos que precisam estar sendo permanentemente reavaliados e modificados(...) As comunidades terapêuticas poderão ter mais condições para o desenvolvimento de diversas situações e capacidade de reagir a estas situações se, ao mesmo tempo conseguiram prever as mudanças e conseqüentemente, desenvolver antecipadamente as suas estratégias para melhorar o tratamento dos pacientes. Esta visão prospectiva é essencial para criar e preservar vantagens competitivas, sobretudo nas questões tecnológicas (Cândido & Abreu, 2002).

O processo de participação dos pacientes no seu tratamento é considerado pelos profissionais da comunidade terapêutica a única maneira de se construir um relacionamento de confiança e responsabilidade. A participação e envolvimento no tratamento é baseado em plano terapêutico de condutas assertivas fundamentais para colmatar as necessidades do paciente e prevenção da recaída. As soluções da equipa multidisciplinar baseiam-se na capacidade técnica e nas referências apresentadas pelo paciente. As estratégias que pretendem promover a participação ativa do paciente no tratamento e que utilizam a informação relevante para ajudar os pacientes contribuem significativamente para o sucesso do tratamento. A autorresponsabilização das pessoas aditas pelo seu tratamento pode servir como inspiração e motivação para prevenir a recaída.

Podemos concluir, que a existência e o uso das novas tecnologias, o trabalho interinstitucional e a participação dos pacientes na construção do seu projeto de vida são fundamentais para que o tratamento em comunidade terapêutica seja realizado por intervenções multidisciplinares que visam atender às necessidades específicas e individuais de cada paciente e dar-lhes motivação para viverem de forma saudável sem comportamentos aditivos.

6. Referências

- Alfaro, G., Ugarte, G. A., Orellana, A. L., & Canizalez, P. T. (2012). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional*. San Salvador. Organización Panamericana de la Salud OPS-OMS. <https://encurtador.com.br/XVWx2>
- Alves, R. A. (2015). Fatores influentes nos processos de recuperação e de recaída: percepções de (ex) consumidores de heroína [Tese de Mestrado]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/5138/1/msc_rasalves.pdf
- Alvim, J. (12 de enero de 2024). *A importância da participação ativa do paciente no tratamento médico*. jusbrasil. <https://jorgealvimjur.jusbrasil.com.br/>
- ARSC, I. P. (2012). *Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.* <http://www.arscentro.min-saude.pt/dicad/Paginas/CRI.aspx>
- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica de São Paulo*, 31, 170-172. <https://www.scielo.br/j/rpc/a/Mbjb77bcDLvBc4HPNgkT7Yn/?lang=pt>
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.
- Calinas, L. S. (2011). *Necessidade Psicológica de Exploração/Tranquilidade: Relação com Bem-Estar e Distress Psicológico* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/27594>

- Campos, M. L. (2015). Avaliação da eficácia de um programa de intervenção em indivíduos toxicodependentes institucionalizados [Dissertação de Mestrado] Instituto Universitário da Maia. <http://hdl.handle.net/10400.24/389>
- Cândido, G. A., & Abreu, A. F. (2002). O processo de implantação de novas tecnologias e a busca da sinergia entre indivíduo e organização. *Revista de Ciências da Administração*, 4(8), 19-30. <https://doi.org/10.5007/%25x>
- Coelho, A. J. (2016). *Avaliação da motivação para tratamento em comunidade terapêutica para adictos* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. <https://shorturl.at/IFfLm>
- Costa, S. F. (2009). As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. *Serviço Social em Revista*, 11. <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm>
- Coutinho, C. P. (2004). Quantitativo versus qualitativo: Questões paradigmáticas na pesquisa em avaliação. *Actas do XVII Colóquio ADMEE-EUROPA-Investigação e fundamentos metodológicos de RVA*, 436-448. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/6469>
- DGS. (2014). Diagnóstico de policonsumos e intervenção breve em adolescentes e jovens. Norma nº 036/2012 de 30/12/2012 atualizada a 21/08/2014. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://shorturl.at/4WSTZ>
- Instituto Português do Desporto e Juventude I.P. (2020). *Bebidas alcoólicas, tabaco, substâncias psicoativas*. <https://ipdj.gov.pt/comportamentos-aditivos>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). ATLAS.
- IDT. (2003). *INDEPENDÊNCIA*. IDT.
- Jesus, J. C. (2018). O impacto da inovação tecnológica na estrutura de emprego. [Dissertação de Mestrado] Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/86653>
- Lima, P. F. (2012). *Criação de uma comunidade terapêutica nos Açores: Viabilidade política, social e económica* [Dissertação de Mestrado] Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. <https://shorturl.at/uLGnk>
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos da metodologia científica*. Atlas.
- Marques-Teixeira, J. (2000). Diagnósticos duplos: Toxicodependências e perturbações psiquiátricas. *Revista Saúde Mental*, 2(5), 9-16. <https://hdl.handle.net/10216/6863>
- Maurício, C., & Vicente, J. (2023). O aftercare como estratégia de intervenção do assistente social. *Intervenção Social*, 61, 233-252. <https://doi.org/10.34628/vvff-y221>
- Oliveira, A. F. (2012). *Neurobiologia dos comportamentos aditivos* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Medicina do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/146335>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Investigação em ciências sociais* (5ª ed.). Grandiva.

- Rufino, A. C., & Bonfim, W. L. (2015). Diversas abordagens conceituais sobre o trabalho em rede. *Barbarói*, 2(45), 119-137. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.4905>
- Seabra, P. (2019). Os comportamentos aditivos e dependências: Um olhar sobre a complexidade do fenómeno e as intervenções de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0240>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2021). *Comportamentos aditivos: Perspetivas e desafios*. SICAD. <https://n9.cl/pnqk4>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2023). *Estratégias de intervenção: Dependências sem substância - Online, ecrã e videojogos*. SICAD. <https://n9.cl/do5hu>
- SICAD. (2013). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências, 2013-2020*. SICAD. <https://n9.cl/guj5op>
- Silva, E. A. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas ciências sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, 12, 77-99. <http://ras.revues.org/740>
- Sommer, M. (2011). *Vivência em comunidade e desenvolvimento: Modelo de tratamento em regime residencial de dependentes químicos em Cabo Verde*. EDIUAL.
- Sommer, M. (2011). As comunidades terapêuticas: História, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas. *PSIQUE*, 7, 135-166. <http://hdl.handle.net/11144/2717>
- Vicente, J. D. (2019). *Práticas de serviço social em comunidade terapêutica* [Tese de Doutoramento] Instituto Universitário de Lisboa. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa.
- Vieira, R. I. (2009). *Trajetórias e estilos de vida familiar de ex-residentes de uma comunidade terapêutica: A influência do tratamento em comunidade terapêutica e a relação com o passado de toxicodependência na vida familiar actual* [Dissertação de Mestrado], ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/1275>

CONTRIBUCIONES DE AUTORES/AS, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Conceptualización: Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo; **Validación:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo **Análisis formal:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo; **Curación de datos:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo; **Redacción-Preparación del borrador original:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo; **Redacción-Revisión y Edición:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo; **Visualización:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo; **Supervisión:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo; **Administración de proyectos:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo. **Todos los/as autores/as han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito:** Duque Vicente, José António y Oliveira Magalhães, Fernando Paulo.

AUTOR/ES:**José António Duque Vicente**

ESECS – Instituto Politécnico de Leiria.

José Duque Vicente é detentor da Licenciatura em Serviço Social, Pós-Graduado em Intervenção Social, Mestre em Intervenção social, Inovação e Empreendedorismo, tem Diploma de Estudos Avançados em Sociologia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Doutoramento em Serviço Social pelo ISCTE -Instituto Universitário de Lisboa. É Professor na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria. Dedicar-se ao ensino e à investigação e tem várias publicações em revistas especializadas nacionais e internacionais. Os seus interesses de investigação situam-se na área da intervenção social com pessoas portadoras de comportamentos aditivos; Serviço Social e Modelos de bem-estar na infância e juventude, exclusão social e reinserção social; educação e desenvolvimento comunitário e intervenção social pelas artes.

jose.vicente@ipleiria.pt

Índice H: 1

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-3988-4141>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Jose-Vicente-25>

Fernando Paulo Oliveira Magalhães

Centro de Investigação em Rede em Antropologia e IN2PAST (ISCTE); ESECS.

ESSLei – Instituto Politécnico de Leiria.

Fernando Magalhães é professor do Instituto Politécnico de Leiria, desde o ano 2000, e investigador do CRIA - Centro em Rede de Investigação em Antropologia, no ISCTE, é doutor em antropologia, na especialidade de museologia e património, pelo ISCTE-IUL - Lisboa. Os seus interesses de investigação situam-se nas áreas da antropologia social e cultural em geral, da museologia, do património cultural e do turismo. Das suas publicações destacam-se “Museus, Património e Identidade: Ritualidade, Educação, Conservação, Pesquisa, Exposição”, e “À procura de um lugar na Europa: o património nos discursos sobre Leiria e suas regiões”. Tem colaborado com colegas brasileiros e espanhóis em publicações como “Museologia e Património” e “Ensaio sobre a Memória”, assim como tem publicado artigos em revistas internacionais.

fernando.magalhaes@ipleiria.pt

Índice H: 1

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-1206-8622>

Scopus ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=55180688500>

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Fernando-Magalhaes-10>

Academia.edu: <https://ipleiria.academia.edu/PauloMagalh%C3%A3es?swp=rr-ac-9847943>