UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES

**A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção
psicossocial para usuários de substâncias psicoativas**

RIBEIRÃO PRETO

2020

ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES

A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas

Versão original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Área da enfermagem: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Uso e abuso de álcool e drogas

Orientadora: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lemes, Alisseia Guimaraes

A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

220 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis.

1.Enfermagem psiquiátrica. 2.Saúde mental. 3.Terapias complementares. 4.Terapia comunitária integrativa. 5. Usuários de drogas.

LEMES, Alisséia Guimarães

A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: 15/05/2020

Presidente

Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP

Banca Examinadora

Profa. Dra. Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnfC

Prof. Dr. Divane de Vargas

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EE/USP

Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP

A presente tese foi realizada com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), com a oferta da bolsa Pró-doutoral N° 1762375.

*Dedico este trabalho a DEUS todo poderoso e misericordioso
que me amparou em suas mãos em todos os momentos dessa
jornada. Senhor, a ti seja dada toda honra e toda glória!*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Julia Guimarães Lemes e Eurípedes Lemes da Silva, por todo cuidado, oração, incentivo, apoio, carinho e amor dedicados a mim e ao meu filho. A meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas. Amo Vocês!

Ao meu esposo, Márcio Rogério Baroni, companheiro nesta trajetória, que tentou, por muitas das vezes, compreender como ninguém a fase pela qual eu estava passando, durante a realização desta pós graduação (Doutorado), sempre tentando entender minhas dificuldades e ausências. Agradeço-lhe, carinhosamente, por tudo amor.

Ao grande amor da minha vida, meu filho Arthur Guimarães Baroni, meu pacotinho de amor, que nasceu no meio do doutoramento e hoje já está com 1 ano e 8 meses. Obrigada, filho, pela força que me transmitiu a cada troca de olhar, a cada sorriso e a cada toque de carinho. Sei que é tão pequenininho, mas peço a DEUS a todo momento para te proteger e que um dia você possa me perdoar (mesmo não havendo o que perdoar) pela ausência ao longo desse processo. Mamãe ama muito você!

A todos que participaram da equipe de pesquisa vinculada à Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA) e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), que, com muito carinho, me ajudaram a construir esta tese, desde todo apoio científico a apoio emocional – serei sempre grata a todos vocês!

Ao psicólogo Eduardo Vieira, por todo apoio recebido durante esta pesquisa; contar com seu apoio foi fundamental. Muito grata por toda ajuda!

Aos meus queridos e dedicados amigos, Elias Marcelino da Rocha, Pâmela Roberta de Oliveira, Rosa Jacinto Volpato e Vagner Ferreira do Nascimento, por tanto carinho e amor dedicados a mim, além de toda parceria científica. Amo muito vocês!

Às minhas amigas, Josilene Dalia Alves, Talita Pollyanna M. dos Santos, Suzicleia Elizabete J. Franco, Liliane Santos da Silva, Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida e Tayane Próspero Cardoso, que de alguma forma ou de outra estiveram sempre a postos para me ouvir/desabafar, contribuindo com sua amizade.

Agradeço a todos os gestores das comunidades terapêuticas, por consentirem a realização desta pesquisa, e aos usuários, por aceitarem e participarem do processo de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa. Obrigada por todo apoio e respeito dedicado a nós pesquisadores!

Aos membros da banca examinadora por ter aceito o convite e dedicado parte do seu tempo contribuindo com a melhoria desta tese.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e sob sua orientação, pela confiança e pelo apoio científico recebido. Mais do que isso: sou eternamente grata pelos ensinamentos, pelo respeito e pelo cuidado de mãe a mim dedicado. Gratidão ainda por tanto amor para com meu filho – nossa querida vovó Margarita!

Aos colegas do laboratório 148 “Stress, álcool e drogas” da EERP/USP, Deivson Wendell C. Lima, Tarcísia Castro Alves, Débora Luiza da Silva, Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida e Liliane Santos da Silva, que estiveram comigo em algum momento dessa caminhada. Estendo ainda meus agradecimentos a Sueli Garcia Lobo da Costa pelo tempo convivido no laboratório e por todo apoio recebido!

À Maria Gilda S. Pacheco, secretária do laboratório 148 da EERP/USP, por todo seu cuidado e carinho dedicado a mim durante esses 3 anos e 8 meses. Para mim, a senhora foi muito mais que a secretária do laboratório, foi uma amiga/mãe; por esse e tantos outros motivos, sou muito grata por ter te conhecido. Muitíssimo obrigada!

Aos professores, discentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e a todos os demais funcionários dos demais programas de pós-graduação da EERP/USP. Em especial, à secretária do programa, Adriana Borela Bortoletti Arantes, por todo acolhimento, humanidade e respeito para comigo e para com todos os pós-graduandos do programa. A todos vocês meu muito obrigada!

Aos funcionários terceirizados ou não terceirizados que sempre me acolheu nas dependências da USP, em especial na EERP, desde aos queridos porteiros/recepcionistas, senhor Ataíde de Oliveira e senhora Adriana Pelegriane, com quem troquei inúmeras conversas, cumprimentos e também peguei por diversas vezes a chave do “laboratório de pesquisa 148”. Ao pessoal responsável pelos serviços gerais por manter nossa escola impecavelmente em ordem e ao pessoal da segurança por manter nossa proteção dentro do campus da USP Ribeirão Preto. Agradeço ainda, a todos os funcionários do Restaurante Universitário (RU) que sempre cuidou com carinho da nossa alimentação. Obrigada a todos vocês pela dedicação!

Aos professores do curso de enfermagem da UFMT/CUA, por me concederem o devido suporte ao longo do processo de afastamento para cursar este doutorado, seja ampliando seu campo de atuação, para cuidar das questões de saúde mental que estiveram ao alcance em suas atividades acadêmicas, ou seja pelas inúmeras mensagens de apoio recebidas durante esses anos.

A enfermeira Rafaine Q. M. Souza, “minha” segunda professora substituta na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, por todo amor, zelo e competência que dedicou a esta disciplina, ao curso, aos alunos durante a parte teórica e/ou prática realizada na comunidade e nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

Agradeço aos alunos do grupo de pesquisa e extensão em Saúde Mental da UFMT/CUA. Muito obrigada alunos, também foi por vocês que segui nesta jornada!

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo oferecimento da minha bolsa de doutorado “Novo Prodoutoral” em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso (Processo nº 1.762.375).

*“É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, até
que num dado momento, a tua fala seja a tua prática”*

Paulo Freire

RESUMO

LEMES, A. G. A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas. 2020. 220 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

A Terapia Comunitária Integrativa ou Terapia Comunitária é um recurso terapêutico com a finalidade de estabelecer redes de apoio na vivência do indivíduo, por meio de rodas de conversa sistematizadas, capazes de promover relatos de inquietações e problemas advindos do cotidiano. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os efeitos da Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial, desatacando suas contribuições sobre os sintomas de depressão e ansiedade e sobre a autoestima e autoeficácia de pessoas usuárias de substâncias psicoativas. Trata-se de um estudo com duas abordagens. A primeira quantitativa quase-experimental e a segunda qualitativa documental retrospectiva. O estudo foi realizado com 21 homens residentes em três instituições de saúde mental voltadas à recuperação da dependência química, submetidos a seis rodas de terapia comunitária como processo de intervenção em 2018. A coleta de dados quantitativos ocorreu em três etapas (antes, durante e depois da intervenção), a partir da aplicação de questionário semiestruturado, da Escala de Autoestima de Rosenberg, da Escala de Autoeficácia Geral Percebida, do Inventário de Ansiedade de Beck e do Inventário de Depressão de Beck, analisados pelo método estatístico não paramétricos na comparação dos resultados. Os dados qualitativos foram coletados a partir dos registros das fichas de apreciação e fechamento das rodas de TCI, que foram avaliadas por análise do conteúdo. A pesquisa foi aprovada pela EERP-USP sob parecer nº 2.487.000. O uso da terapia comunitária foi eficaz para reduzir os níveis de depressão durante e após o processo de intervenção e para manter a média dos escores de ansiedade ao longo do processo, se comparado ao início da intervenção. Evidências apontaram que a TCI também foi eficaz para melhorar os níveis de autoestima e autoeficácia nos três tempos avaliados, sendo mais evidente quando comparado antes e depois da intervenção. No que diz respeito à avaliação das fichas de registro das rodas, verificou-se que as principais demandas dos usuários estiveram relacionadas ao contexto familiar, ao sofrimento e ao desconforto aparente. As estratégias mais utilizadas no enfrentamento da dependência química foram: manejo de sentimentos negativos, fortalecimento dos vínculos sociais, apoio na religiosidade e tratamento recebido. Os principais benefícios para os usuários estiveram relacionados ao acolhimento, à comunhão, ao espaço de

bem-estar, à expectativa de futuro, ao aprendizado, ao respeito, ao pertencimento e à esperança. Os resultados da melhoria da autoestima, autoeficácia, ansiedade e depressão dos usuários de substâncias psicoativas e os benefícios da participação nas rodas mostram que o uso da Terapia Comunitária Integrativa podem melhorar a qualidade de vida desses usuários, devendo ser então utilizada como uma estratégia de intervenção em saúde mental com vistas a ampliar as opções terapêuticas de cuidado a essa população.

Palavras-chave: Acolhimento; Comunidade terapêutica; Saúde mental; Terapias complementares; Usuários de drogas.

RESUMEN

LEMES, A. G. **Terapia Comunitaria Integradora como estrategia de intervención psicosocial para usuarios de sustancias psicoactivas**. 2020. 220 f. Tesis (Doctorado em Enfermería Psiquiátrica). Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

La Terapia Comunitaria Integradora (TCI) o Terapia Comunitaria (TC) es un recurso terapéutico con el propósito de establecer redes de apoyo en la experiencia del individuo, a través de ruedas de conversación sistematizadas, capaces de promover informes de preocupaciones y problemas que surgen de la vida cotidiana. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar los efectos de la Terapia Comunitaria Integrativa como estrategia de intervención psicosocial, desatacando sus contribuciones sobre los síntomas de la depresión y la ansiedad y en la autoestima y autoeficacia de las personas que utilizan sustancias psicoactivas. Es un estudio con dos enfoques. El primer cuasi-experimental cuantitativo y el segundo cualitativo documental retrospectivo. El estudio se realizó con 21 hombres que residen en tres instituciones de salud mental centradas en la recuperación de la dependencia química, que se sometieron a seis ruedas de terapia comunitaria como un proceso de intervención en 2018. La recopilación de datos cuantitativos se realizó en tres etapas (antes, durante y después de la intervención), basada en la aplicación de un cuestionario semiestructurado, “la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala General de Autoeficacia Percibida”, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck, y analidos utilizando el método estadístico no paramétrico para comparar los resultados. Se recogieron datos cualitativos de los registros de las hojas de apreciación y cierre de las ruedas de las TCI, que se evaluaron mediante análisis de contenido. La investigación fue aprobada por EERP-USP con la opinión no. 2.487.000. El uso de la terapia comunitaria fue eficaz para reducir los niveles de depresión durante y después del proceso de intervención y para mantener los puntajes promedios de ansiedad durante toda la intervención en comparación con el comienzo de la intervención. La evidencia mostró que las TCI también fueron efectivas para mejorar los niveles de autoestima y autoeficacia en los tres tiempos evaluados, siendo más evidente en comparación antes y después de la intervención. Con respecto a la evaluación de los formularios de registro de ruedas, se encontró que las principales demandas de los usuarios estaban relacionadas con el contexto familiar, el sufrimiento y la incomodidad. Las estrategias más utilizadas para enfrentamiento de la dependencia química fueron: el manejo de los sentimientos negativos, el

fortalecimiento de los lazos sociales, el apoyo en la religiosidad y el tratamiento recibido. Los principales beneficios para los usuarios estaban relacionados con la bienvenida, la comunión, el bienestar, las expectativas futuras, el aprendizaje, el respeto, la pertenencia y la esperanza. Los resultados de la autoestima mejorada, la autoeficacia, la ansiedad y la depresión de los usuarios de sustancias psicoactivas y los beneficios de la participación en la rueda muestran que el uso de la Terapia Comunitaria Integradora puede mejorar la calidad de vida de estos usuarios y luego puede usarse como una herramienta de intervención en salud mental con miras a ampliar las opciones terapéuticas de atención a esta población.

Palabras clave: Acogimiento; Comunidad Terapéutica; Salud Mental; Terapias Complementarias; Consumidores de Drogas.

ABSTRACT

LEMES, A. G. **Integrative Community Therapy as a Psychosocial Intervention Strategy for Psychoactive substance Users**. 2020. 220 f. Thesis (Ph.D. in Psychiatric Nursing). Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2020.

Integrative Community Therapy (TCI) or Community Therapy (TC) is a therapeutic resource that aims to establish support networks in the individual's experience, through systematized conversation wheels, able to promote reports of concerns and problems arising from everyday life. This research aimed to evaluate the effects of Integrative Community Therapy as a psychosocial intervention strategy, deattacking its contributions on the symptoms of depression and anxiety and on the self-esteem and self-efficacy of people using psychoactive substances. This study has two approaches. The first quasi-experimental quantitative and the second retrospective documentary qualitative. The study was conducted with 21 men living in three mental health institutions focused on recovery from addiction, who attended six community-therapy wheels as an intervention process in 2018. Quantitative data collection occurred in three stages (before, during and after the intervention), from the application of a semi-structured questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Perceived General Self-Efficacy Scale, the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory, analyzed by the nonparametric statistical method in the comparison of the results. Qualitative data were collected from the records of the TCI wheels closure and appreciation forms, which were evaluated by content analysis. The research was approved by the EERP-USP under opinion No. 2,487,000. The use of community therapy was effective in reducing depression levels during and after the intervention process and in maintaining the average anxiety scores throughout the intervention compared to the beginning of the intervention. Evidence showed that TCI was also effective to improve self-esteem and self-efficacy levels in the three evaluated times, being more evident when compared before and after the intervention. Regarding the evaluation of wheel record forms, the main demands of users were related to the family context, suffering and discomfort. The most used strategies in coping with chemical dependence were management of negative feelings, strengthening of social bonds, support in religiosity and the treatment received. The main benefits for users were related to reception, communion, well-being, future expectation, learning, respect, belonging and hope. The results of improved self-esteem, self-efficacy, anxiety and depression of psychoactive substance users and the benefits of wheel participation show that the use of Integrative Community Therapy can improve their quality of life and

should be used as an intervention tool in. mental health with a view to expanding the therapeutic care options to this population.

Key word: User Embracement; Therapeutic Community; Mental Health; Complementary Therapies; Drug Users.

LISTA DE TABELAS

REVISÃO INTEGRATIVA

Tabela 1 - Distribuição do delineamento metodológico, do tipo de abordagem e da região brasileira da pesquisa dos artigos selecionados nas bases de dados entre 2006-2019. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019. (n=17)	65
--	----

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Capítulo I - Caracterização de usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas no Brasil

Tabela 1 - Distribuição dos usuários segundo as características sociodemográficas. Região vale do Araguaia, Brasil, 2018. (n=21)	106
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o consumo de drogas psicoativas e o tratamento recebido. Região vale do Araguaia, Brasil, 2018. (n=21)	107
Tabela 3 - Distribuição dos usuários das CT de acordo com o tipo de tratamento recebido. Região vale do Araguaia, Brasil, 2018. (n=21)	108

Capítulo III - Efeito de uma intervenção com a terapia comunitária integrativa na autoestima e na autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas

Tabela 1 - Distribuição da análise inferencial da pontuação da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), nos três tempos avaliados (T0, T1, T2). Região Vale do Araguaia, Brasil, 2018. (n=21)	131
Tabela 2 - Distribuição da análise Inferencial da pontuação da Escala da Autoeficácia Geral Percebida (AEGP), nos três tempos avaliados (T0, T1, T2). Região Vale do Araguaia, Brasil, 2018. (n=21)	131

Demandas y estrategias para el enfrentamiento a la dependencia química reveladas en la Terapia Comunitaria Integrativa

Tabla 1 - Número del formulario de registro de información de las ruedas de TCI en las comunidades terapéuticas, según la fecha, los participantes, el grupo de edad y los terapeutas comunitarios. Enero a mayo de 2018. Región del Valle del Araguaia, Brasil (N=18)	147
--	-----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos publicados em relação ao ano 2006 a 2019, 2019 ($n=19$).	64
--	----

LISTA DE QUADRO

REVISÃO INTEGRATIVA

- Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados na revisão integrativa, de acordo com autores, ano, país (região) de execução da pesquisa, base de dados, delineamento metodológico, fonte dos resultados, aplicação da TCI (cenário, participantes e terapeutas) e objetivo do estudo. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019. (n=17) 66
- Quadro 2 - Caracterização dos artigos selecionados na revisão integrativa, de acordo com o local das rodas de TCI, principais demandas, contribuições e conclusões, distribuídos entre os dispositivos sociais na comunidade e os serviços e instituições voltadas à saúde. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019. (n=17) 68

MATERIAIS E MÉTODOS

- Quadro 1 - Distribuição das rodas realizadas durante o programa de intervenção baseado na Terapia Comunitária Integrativa nas três comunidades terapêuticas (A, B, C). Janeiro a Maio de 2018. Região Vale do Araguaia, Brasil. 89
- Quadro 2 - Distribuição dos participantes nos tempos avaliados (T0, T1, T2) durante o programa de intervenção baseado na Terapia Comunitária Integrativa realizado em três comunidades terapêuticas. Janeiro a Maio de 2018. Região Vale do Araguaia, Brasil. 90

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Capítulo I - Caracterização de usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas no Brasil

- Quadro 1 - Síntese dos principais resultados sociodemográficos verificado entre os estudos disponíveis para consulta no período 2014-2018 na base de dados Scielo. 109
- Quadro 2 - Síntese dos principais resultados verificado entre os estudos disponíveis para consulta no período 2014-2018 na base de dados Scielo. 111

Capítulo V - Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas

Quadro 1 - Número de citações dos benefícios percebidos pelos participantes nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa, distribuídas de acordo com as necessidades de Maslow.	166
Quadro 2 - Distribuição em núcleos dos benefícios percebidos pelos participantes nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa, de acordo com as necessidades de Maslow.	166

LISTA DE FIGURAS

INTRODUÇÃO

Figura 1 - Fluxograma dos pilares teórico da Terapia Comunitária Integrativa	49
--	----

REVISÃO INTEGRATIVA

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019	63
--	----

MATERIAIS E MÉTODOS

Figura 1 - Mapa de localização da área de estudo – CT-A, CT-B, CT-C. Região do Vale do Araguaia, Brasil	85
Figura 2 - Mapa de localização da CT-A. Barra do Garças, MT, Brasil	86
Figura 3 - Mapa de localização da CT-B. Aragarças, GO, Brasil	86
Figura 4 - Mapa de localização da CT-C. Barra do Garças, MT, Brasil	87
Figura 5 - Foto de uma roda de TCI: ritual de acolhimento	92
Figura 6 - Foto da roda de TCI: contextualização e problematização	93
Figura 7 - Roda de TCI: ritual de encerramento	94
Figura 8 - Foto da roda de TCI: momento de compartilhamento em grupo	94
Figura 9 - Fluxograma dos participantes do estudo e do processo de intervenção com a TCI. Região Vale do Araguaia, Brasil, 2018	95

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Capítulo III - Efeito de uma intervenção com a TCI na autoestima e na autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas

Figura 1 - Fluxograma do protocolo de intervenção com a TCI	128
---	-----

Capítulo IV - Principais demandas e estratégias para o enfrentamento da dependência química reveladas na Terapia Comunitária Integrativa

Figura 1 - Principales demandas presentadas por los participantes de las ruedas de TCI. Valle del Araguaia, Brasil, 2018	149
Figura 2 - Principales estrategias para hacer frente a la dependencia química sugeridas por los participantes en las ruedas de TCI. Valle del Araguaia, Brasil, 2018	150

LISTA DE ABREVIACÕES

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa
AD	Álcool e Drogas
AEGP	Escala da Autoeficácia Geral Percebida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	American Psychiatric Association
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BR	Brasil
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEEN	Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição
CID	Código de Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREQ	Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
CUA	Campus Universitário do Araguaia
DALYs	Anos de vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAGP	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
EAR	Escala de Autoestima de Rosenberg
EE	Escola de Enfermagem

EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GO	Goiás
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCA	Medicina Complementar Alternativa
Me	Mestre
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MG	Minas Gerais
MISC	Movimento Integrado de Saúde Comunitária
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
MT	Medicina Tradicional
NA	Narcóticos Anônimos
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NIDA	National Institute on Drug Abuse
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Pan American Health Organization
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PR	Paraná
Prof.	Professor
Profa.	Professora
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RU	Restaurante Universitário
SCIELO	Base de Dados em Enfermagem
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central

SP	São Paulo
SPA	Substância Psicoativa
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SQUIRE	Quality Improvement Reporting Excellence
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TC	Terapia Comunitária
TCA	Therapeutic Communities of America
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
UNIVAR	Faculdades Unidas do Vale do Araguaia
UO	Unidade Operativa
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	26
INTRODUÇÃO	30
REVISÃO INTEGRATIVA	59
OBJETIVOS	81
MATERIAIS E MÉTODOS	83
APRESENTAÇÃO RESULTADOS	101
Capítulo I	102
Capítulo II	118
Capítulo III	122
Capítulo VI	139
Capítulo V	161
CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
REFERÊNCIAS	173
APÊNDICES	203
ANEXOS	209

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Desde muito jovem, pensava em cuidar das pessoas, sonhava em ser médica. Poucas foram as possibilidades em meio a uma vida regrada interiorana e simples; mesmo assim, das poucas oportunidades que surgiram, procurei aproveitá-las. No período de colegial, houve a oportunidade de cursar um ensino médio na área técnica - técnico em enfermagem-, escola do outro lado da cidade, que muitas vezes foi percorrida a pé e à noite. A partir daquele momento, percebi que não era ser médica que eu desejava e sim ser enfermeira, pois identifiquei, com os poucos estágios realizados, que esse profissional cuidava de todos e tinha várias possibilidades de carreira a seguir.

Logo após terminar o colegial técnico (ano 2000), já com 18 anos, consegui um emprego, sendo contratada para atuar como técnica de enfermagem em um grande hospital municipal na minha cidade natal (Jataí-GO). Nesse serviço de saúde, conheci os sabores e dissabores dessa profissão, ao mesmo tempo que pude confirmar, que essa era realmente a profissão que eu gostaria de seguir, como carreira profissional.

No ano de 2005, foi possível ingressar em uma faculdade privada, no curso de bacharel em enfermagem, em uma cidade a 200 km de onde eu residia (Cassilândia-MS). Nessa cidade, fui acolhida por uma família maravilhosa, meus tios José Guimarães e Isabel Garcia e meus primos Ricardo Guimarães e Fernando Guimarães. Durante a minha graduação sobrevivi com venda de bombons recheados (meu primo Fernando me ajudou muito nessa fase) e da revenda de enxoval que meu pai me oferecia, além de contar com todo o apoio dos meus tios. Já no final do segundo ano, consegui uma bolsa de estudos na faculdade, passando a estudar em período integral e trabalhar no período noturno. Foram quatro anos de muita dureza, estudo e foco e, por fim, consegui concluir o curso em 19 de dezembro de 2008. Após me formar, percorri o caminho profissional como cuidadora de idoso, professora de estágio em curso técnico de enfermagem (SENAC UO de Mineiros-GO e Barra do Garças-MT), responsável técnica por cursos da saúde em uma instituição renomada (SENAC UO Barra do Garças-MT), professora de estágio em enfermagem de uma faculdade privada (Univar em Barra do Garças-MT) e também atuei como enfermeira em uma unidade Estratégia de Saúde da Família -ESF em Pontal do Araguaia-MT.

Felizmente, no ano de 2013, tomei posse como docente de ensino superior em uma universidade federal (UFMT/CUA), passando a ser a professora responsável pela disciplina de Enfermagem em Saúde Mental. A partir desse marco em minha vida, foi preciso buscar qualificação na área da psiquiatria, pois tudo o que eu tinha era a teoria e a prática dos tempos

de graduação. Cursei uma especialização lato-senso em saúde mental (CEEN em Goiânia-GO) e fiz um mestrado em área afim, mas com pesquisa desenvolvida no campo da saúde mental (UFMT/CUA).

No ano de 2016, ao cursar a parte presencial do curso de especialização em álcool e outras drogas na EERP-USP, tive a honra de conhecer professores renomados na área da enfermagem e da psiquiatria. Foi, então, que tive coragem de fazer o primeiro contato com a Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis, no intuito de conseguir uma carta de aceite para orientação de doutorado. Várias foram as conversas, as trocas de ideias e experiências para construção do projeto e orientações e finalmente consegui a tão sonhada carta de aceite! Muito ainda estava por vir, como a conclusão do projeto, a arguição da banca de qualificação e a aprovação no doutorado, além de toda a organização com meu pedido de afastamento do trabalho, para mudar para Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Ao longo desses 3 anos e 8 meses, não digo que a jornada foi fácil até aqui, porque tive que deixar minha zona de conforto (meu lar, meu esposo/minha família) e me mudar para Ribeirão Preto-SP. Mas, por outro lado, já conhecia ou conheci e convivi com pessoas incríveis que me apoiaram nessa jornada (Dra. Margarita Luis, Maria Gilda Pacheco, Talita Pollyanna M.do Santos, Josilene Dália Alves, Deivson Wendel C. Lima, Livia Dayane Sousa Azevedo, Tarcísia Castro, Luiza Carolina Pomarolli e Tatiele Estefâni Schönholzer). Cursei disciplinas que me ajudaram a chegar até aqui e a mudar meus pensamentos pessoal e científico. Digo que foi árdua a jornada; sim foi, mas foi também muito rica em aprendizado pessoal e profissional. Sou muito grata a DEUS por ter chegado até aqui, ancorada por minha família e por amigos que adquiri nesse processo.

Eu sempre digo que a psiquiatria me oportunizou um mundo novo, de respeito e acolhimento e sou muito grata por poder vivenciar tudo até esse momento da minha vida. Ao longo desses sete anos em contato com a saúde mental, pude conviver com diversas facetas dessa área da saúde, desde o acolhimento das pessoas, sejam elas da comunidade, usuários e familiares, ao preconceito que permeia essa área. Mas, ao longo desse tempo, também coordenei um projeto de extensão e pesquisa maravilhoso, cheio de gente de luz e vontade, que fez muito para a comunidade (usuários dos serviços, familiares, funcionários e pessoas em geral), em busca de contribuir para melhorar a assistência às pessoas em sofrimento mental e em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA), bem como em ações preventivas ao consumo de SPA, ao suicídio e a desmistificação da loucura. Sempre serei muito grata por todos os alunos, professores e demais profissionais que já passaram por nosso projeto.

Em 2015, fui contemplada, pela universidade em que atuo, com a oportunidade de fazer o curso de capacitação em Terapia Comunitária. Mal tinha eu a ideia de tamanha transformação pessoal e profissional que estaria perto de acontecer em minha vida. Ser terapeuta comunitária me tornou uma pessoa completamente diferente, menos egoísta e com mais empatia pelo outro ser humano. Inúmeras foram as rodas de TCI realizadas em nossa região em parceria com dois outros grandes amigos terapeutas comunitários (Prof. Me. Elias Rocha e Prof. Dr. Vagner Nascimento).

Atuar em comunidade terapêutica sempre fez parte das ações de extensão e pesquisa do nosso projeto em saúde mental, de modo que poder cuidar desses usuários, ofertando a TCI, foi transformador, pois, nesses ambientes, não são oferecidos tratamentos complementares, que disponibilizem um espaço de escuta, fala, respeito, independentemente do seu contexto.

A partir dessa vivência, resolvemos, eu e a profa. Dra. Margarita Luis, avaliar cientificamente o efeito do uso da TCI como uma tecnologia do cuidado junto a usuários de SPA em tratamento nos serviços de comunidade terapêutica. Por esse motivo, que desenvolvemos esta pesquisa, cujos resultados estão descritos nesta tese.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Mundialmente, as drogas psicoativas ou substâncias psicoativas (SPA) têm sido consideradas doenças emergenciais do século XXI, devido aos malefícios que ocasionam na vida do usuário e de toda a sociedade (PERRONE, 2014), tornando-se um problema de saúde pública em decorrência da morbimortalidade que provocam (GUZMÁN-FACUNDO et al., 2011; FIESTAS; PONCE, 2012) e desafiando, a cada dia, os profissionais de saúde a compreenderem seu contexto, em vista das dificuldades de manejo e abordagem do problema (GUIMARÃES et al., 2008).

Nas Américas, o uso abusivo de álcool tem sido considerado maior que a média global (TAYLOR et al., 2007), apresentando crescimento de 8,4% nos últimos cinco anos (4,6% para 13,0%) (OPAS, 2015). O Brasil registrou a maior prevalência do consumo nocivo de álcool em um quarto da população (25,8%), enquanto a menor ingestão de risco foi registrada no Peru (1,3%) (TAYLOR et al., 2007).

O consumo abusivo de álcool também foi registrado no Canadá (48,26%), na Espanha (29,9%) (PARDO; BOTELLA; ZURIÁN, 2004) e na Nicarágua (16,8%) (TAYLOR et al., 2007).

Estudo realizado por Laranjeira et al. (2010) destacou que, entre a população adulta brasileira, 3% mostram abuso de álcool e 9% dependem do álcool. As maiores quantidades de álcool ingeridas foram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (9%, 7%, 13%, respectivamente) e o menor consumo foi na região Sul (4%). Estudo realizado entre as 108 maiores cidades brasileiras revelou o uso na vida de álcool em 74,6% de seus participantes – porcentagem inferior ao Chile (86,5%) e aos EUA (82,4%) (CARLINI et al., 2006). Já a estimativa de dependentes de álcool variou de 9 a 12% de toda a população adulta (CARLINI et al., 2006; LARANJEIRA et al., 2010), sendo mais comum em homens em comparação às mulheres (3:1) (CARLINI et al., 2006).

O uso na vida de qualquer droga (exceto tabaco e álcool) entre os brasileiros foi de 22,8%, sendo semelhante ao Chile (23,4%) e quase metade dos EUA (45,8%). Entre as regiões brasileiras, o Nordeste apresentou o maior consumo (27,6%) e o Norte o menor consumo (14,4%) (CARLINI et al., 2006).

Em específico, o consumo de maconha (nos doze meses anteriores) foi registrado, em um estudo espanhol, em 8,5% dos seus participantes, sendo que 2,7% consumiram, no mesmo período, cocaína, heroína, estimulantes, alucinógenos, drogas sintéticas entre outras (PARDO; BOTELLA; ZURIÁN, 2004). No Brasil, esse consumo representou 8,8%, resultado próximo

ao da Grécia (8,9%) e da Polônia (7,7%), porém abaixo dos Estados Unidos (40,2%) e do Reino Unido (30,8%). Já a prevalência do consumo de cocaína foi de 2,9%, sendo próxima à Alemanha (3,2%), porém bem inferiores aos Estados Unidos (14,2%) e ao Chile, com 5,3%. A prevalência do consumo do crack foi de 1,5% – cerca de duas vezes menor do que nos Estados Unidos (CARLINI et al., 2006).

Há um avanço quanto à morbimortalidade provocada pelo uso de substâncias psicoativas, fato este mencionado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que apontou, em nível mundial, o álcool, representando um importante fator de risco para morte e incapacidade de pessoas entre 15 e 49 anos de idade, consideradas economicamente ativas e produtivas (OPAS, 2015). O álcool é, ainda, considerado entre os cinco principais fatores de risco responsáveis por um quarto de todas as mortes no mundo, afetando em maior proporção homens africanos, pessoas de países de renda média, entre as Américas, e em alguns países com alta renda (WHO, 2009).

Em 2002, o uso abusivo de bebidas alcoólicas foi responsável por 10,4% das mortes nas Américas, enquanto que, no mundo, representou 7,2% das mortes, refletindo-se, ainda, negativamente, no baixo peso ao nascer (0,2% nas Américas e 0,5% no mundo), cânceres (50,8% nas Américas e 56,4% no mundo), diabetes mellitus (3,3% nas Américas e 1,7% no mundo), transtornos neuropsiquiátricos (18,6% nas Américas e 14,3% no mundo), enfermidades cardiovasculares (28,5% nas Américas e 38,1% no mundo), cirrose hepática (49% nas Américas e 42,7% no mundo), lesões não intencionais (56% nas Américas e 60,6% no mundo) e lesões intencionais (35,1% nas Américas e 26,1% no mundo). Os anos de vida perdidos por incapacidade, atribuídos pelo consumo de álcool, representaram 19,1% nas Américas e 8,5% no mundo (TAYLOR et al., 2007).

A OPAS revelou que o consumo excessivo de álcool foi responsável por mais de 247 milhões de anos de vida perdidos nas Américas no ano de 2012, provocados por prejuízos físicos e mentais, sendo ainda apontado como a quinta causa principal de perda de saúde (SHIELD; REHM, 2015). O estudo *“Informe de Situación Regional sobre el Alcohol y la Salud en Las Américas”*, realizado em 2012, registrou que a cada 100 segundos houve uma morte decorrente do consumo de álcool na região das Américas, contribuindo para mais de 300.000 mortes (OPAS, 2015, p.5).

As regiões com maior proporção de mortes atribuídas ao álcool foram a Europa Oriental (mais de 1 em cada 10 mortes) e a América Latina (1 em cada 12 mortes). Em todo o mundo, o álcool causa mais danos aos homens (6,0% dos óbitos, 7,4% DALYs – Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) do que às mulheres (1,1% dos óbitos, 1,4% dos DALYs),

refletindo as diferenças nos hábitos de beber, tanto em quantidade como no padrão de consumo (WHO, 2009).

Além da perda direta de saúde devido ao consumo de álcool, este consumo é responsável por aproximadamente 20% das mortes por acidentes automobilísticos, 30% das mortes por câncer de esôfago e fígado, por epilepsia e homicídio e 50% das mortes por cirrose hepática. Já as mortes atribuídas ao consumo de drogas ilícitas foram de 0,4%, se comparadas às mortes provocadas por álcool (3,6%). As DALYs atribuídas ao uso do álcool perfazem 4,4% e ao uso de drogas ilícitas, 0,9% (WHO, 2009).

1.1 Dependência de substâncias psicoativas

Substâncias psicoativas (álcool, cafeína, alucinógenos, inalantes, opioides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes, tabaco, entre outras) quando consumidas, são capazes de alterar a percepção, a vigília, a atenção, o pensamento, o julgamento, o comportamento psicomotor e o comportamento interpessoal, podendo levar à dependência (APA, 2014).

O consumo é capaz de estimular ou deprimir o Sistema Nervoso Central (SNC), alterando a parte neurobiológica provocada pelo uso abusivo de uma droga psicoativa. O uso pode ser influenciado por fatores ambientais (sociais, culturais e educacionais), comportamentais, genéticos e socioeconômicos (suporte social ineficaz e dificuldade financeira) (HORTA et al., 2018). Tal consumo pode levar o indivíduo a uma situação de dependência, com alterações cognitivas, fisiológicas, psicológicas (autoestima ineficaz, pouco autocontrole e pouca habilidade de enfrentamento às frustrações) e mentais (alucinações ou distúrbios na função motora, pensamento, comportamento, percepção ou humor), dependendo da droga consumida (BISCH et al., 2019; HOCH et al., 2015; HORTA et al., 2018; MARSDEN, 2009).

Diante de todo o contexto, a dependência de SPAs é descrita como uma doença crônica recorrente, cuja etiologia tem natureza multifatorial complexa, dado que o indivíduo torna-se dependente quando não consegue controlar seu comportamento – que é voluntário. As alterações cerebrais presentes na dependência desafiam o autocontrole e a capacidade de resistir ao comportamento de consumir drogas em termos de início, término ou níveis de consumo (WHO, 2013).

Esta dependência é retratada internacionalmente como um padrão de uso disfuncional de uma droga, capaz de ocasionar comprometimento ou desconforto clinicamente significativo de modo leve, moderado ou grave, de acordo com a intensidade de seus sintomas, num período

de 12 meses, sendo diagnosticada conforme os critérios definidos pelo código de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Tais critérios estão relacionados ao baixo controle, à deterioração social, ao uso arriscado e aos critérios farmacológicos (tolerância e abstinência) (APA, 2014; WHO, 2013).

Embora já se tenham estudos que melhor descrevem o mecanismo biológicos e cerebrais que desencadeiam a dependência a SPA, ainda existem muitas lacunas a serem descobertas sobre os mecanismos que envolvem esta doença (CHAIM; BANDEIRA; ANDRADE, 2015). O que se tem certeza é que a dependência causa um tipo de “transtorno que predomina a heterogeneidade, afetando as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias” (BRASIL, 2003, p.8).

O que se percebe é que a dependência de SPA está associada a uma tríade que envolve o consumo de droga, o indivíduo e a sociedade, causando forte impacto negativo de âmbito global. Todo este impacto negativo baseia-se no fato de que o consumo de drogas está inserido em um contexto multivariado, envolvendo questões sociais (nível de desenvolvimento do país, culturas e normas inseridas, contexto do consumo de drogas, produção, distribuição e regulamentação), questões pessoais (idade, sexo, contexto familiar, situação socioeconômica), anos de estudo e trabalho perdidos e conflitos com a lei (OPAS, 2014; OPAS, 2015; PARDO, BOTELLA; ZURIÁN, 2004), podendo contribuir para a violência, a síndrome do alcoolismo fetal, os traumatismos (acidentes de trânsito ou trabalho) e o sofrimento emocional (OPAS, 2015).

Tais impactos prejudicam diretamente a vida do usuário, podendo, ainda, refletir em toda sociedade, por meio de gastos com detenção, insegurança, inatividade para o emprego remunerado e uso dos serviços de saúde (OPAS, 2015).

Além disso, dependendo do volume e do padrão de consumo de drogas pode ocasionar danos à saúde, revertendo-se em Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) (cirrose hepática, alcoolismo, tumores, depressão) e favorecer o surgimento de doenças crônicas transmissíveis e doenças agudas (lesões e intoxicações aguda que podem levar à morte). Uma situação de intoxicação aguda é a *overdose*, seja acidental ou deliberada, que ocorre após o consumo abusivo ou misturado (duas drogas da mesma classe – álcool e inalantes) de SPA, sejam lícitas ou ilícitas (depressoras, estimulantes e alucinógenas), podendo levar à morte (OPAS, 2015; OPAS, 2014; PARDO; BOTELLA; ZURIÁN, 2004; TAYLOR et al., 2007).

Quanto às doenças provocadas pelo consumo de SPA, a Organização Pan-americana de Saúde cita mais de 200 tipos de doenças, nas quais o álcool pode ter um impacto negativo

(OPAS, 2015). Isso deixa clara a necessidade de ações pragmáticas, por parte do poder público – voltadas à atenção à saúde de pessoas usuárias de SPA que se encontram em situação de dependência –, mas, também a necessidade de ações voltadas às pessoas que fazem o uso de drogas e, mesmo assim, conseguem gerir suas vidas diante da sociedade, necessitando de tempo maior para progressão do processo de dependência, caso persistam no consumo.

Ou seja, as ações precisam atender a todos os tipos de consumidores de drogas (experimental, social, habitual e dependente), despertando para a necessidade de um olhar sensível às questões problemáticas que envolvem o consumo de drogas, a partir da elaboração de protocolos para atendimento de pessoas usuárias de SPA, cabíveis de serem atingidos e executados, assim como os já existentes e em uso para tratar outras doenças crônicas (UNODC, 2016). Só assim seria possível enfrentar a dependência química com o rigor que esta doença exige.

Para Pratta e Santos (2009), muito além de tratar a sintomatologia que a dependência em SPA ocasiona na vida do indivíduo, é preciso identificar os fatores que contribuem para esse adoecimento, pois só assim seria possível provocar algum tipo de mudança de comportamento no que diz respeito ao uso abusivo de drogas. Para isso, seria necessário desenvolver programas efetivos de tratamento para dependência de drogas, que ofereçam intervenções clínicas (ambulatorial ou internação) capazes de aumentar consideravelmente a recuperação dos usuários de SPA (UNODC, 2016).

1.2 As repercussões do consumo de substâncias psicoativas na vida do usuário

Todos os malefícios ocasionados pelo uso abusivo de SPA têm sido mencionados em estudos nacionais e internacionais, destacando a fragilidade do usuário ao processo de lapsos ou recaída (GUZMÁN-FACUNDO et al., 2011; LEMES et al., 2017).

O que se tem claro é que viver em constante conflito, de consumir ou não consumir drogas, acaba afetando a autoestima do usuário, o afastando de seus contatos sociais, da sua dinâmica de vida, provocando enfermidades físicas e mentais, passando a ser envolvido, durante a dependência, por um constante sentimento de impotência em relação à vida que segue e à vida esperada pela sociedade que o cerca – fatores que dificultam a sua manutenção no tratamento para dependência química.

Um desses fatores é a baixa autoestima e autoeficácia. Sobre a autoestima, Rosenberg a descreve como um sentimento de si mesmo, que pode ser positivo ou negativo (ROSENBERG 1965 apud ROJAS-BARAHONA; ZEGERS; FÖRSTE, 2009), representando um aspecto

avaliativo do autoconceito e consiste em um conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo (HEWITT, 2009; HUTZ, 2014). A autoestima está relacionada com os sentidos de valor, competência e dignidade de um indivíduo (RICARDI; MÉNDEZ, 2016), enquanto que a autoeficácia compreende a forma como os indivíduos se veem para atingir seus objetivos e controlar o ambiente em sua volta (BANDURA, 1989).

Dessa forma, percebe-se que apresentar autoestima adequada associa-se a humor positivo e a boa percepção da eficácia em relação a domínios importantes para a pessoa (BRANDEN, 1994). É possível concluir, portanto, que ter alta autoestima geralmente indica ter boa saúde mental, adequadas habilidades sociais e bem-estar (HEWITT, 2009; HUTZ, 2014), enquanto que ter baixa autoestima pode estar associado com humor deprimido, percepção de incapacidade, depressão e ansiedade social (HUTZ, 2014; NASCIMENTO; LEÃO, 2019).

A baixa autoestima é um fator que pode contribuir significativamente na busca ou na adesão ao tratamento para dependência química, merecendo uma atenção especial. Conforme aponta De Leon (2003), usuários de SPA apresentam uma percepção negativa de si mesmos, exibindo pouco respeito de si, o que leva à autopercepção negativa quanto ao seu comportamento moral e ético e às suas relações com a família.

Silveira et al. (2013) sugerem, em seu estudo, que a maior dificuldade para os dependentes químicos é a aceitação de si mesmo, envolvendo a autoestima e a autoimagem – sugestão que é confirmada pela presença de baixa autoestima em 96% de seus entrevistados.

No estudo de García, Aguilar e Facundo (2008), a autoestima apresentou taxas mais elevadas entre pessoas que não fizeram uso de álcool comparadas às que já consumiram, ressaltando que ter boa autoestima torna-se um fator positivo, reduzindo a probabilidade de consumir drogas. Cordeiro e Silva et al. (2012) ressaltaram que a falta de ter pessoas da família acompanhando o tratamento do usuário contribui para sua baixa adesão ao tratamento, para a baixa autoestima e para os frequentes processos de recaídas – o que prejudica o controle do consumo, bem como sua ressocialização.

A presença de baixa autoestima também foi observada no estudo de Formiga et al. (2014), revelando que o transtorno decorrente do uso de álcool apresentou influência negativa na autoestima e apontando que, quanto maior o transtorno com álcool, menor o autovalor, o que favorece a autodepreciação do usuário – condição que poderá ser causa direta do transtorno com as drogas.

Ronzani, Noto e Silveira (2014) também afirmam que a perda da autoestima torna-se um fator prejudicial a usuários de SPA, por contribuir negativamente no tratamento, por meio

de sentimento de impotência e incapacidade, e por se acreditar que não existem razões para se recuperar da dependência às drogas.

Diante do exposto, a baixa autoestima não só prejudica pessoas em situação de dependência química, mas também tem sido descrita como um fator de risco para a inicialização do consumo de drogas (ROZIN; ZAGONEL, 2012). Desta forma, fazem-se necessários estudos de rastreamento da autoestima, quer sejam em grupos vulneráveis ao uso de drogas (Adolescentes, idosos, moradores de rua, etc.), como medida de prevenção ao consumo, quer sejam entre usuários em situação de dependência (Em tratamento ou não), em busca de reduzir o agravamento da doença e melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

Além da baixa autoestima comumente presente entre pessoas usuárias de drogas, conforme já mencionado, ressalta-se que esses usuários estão mais propensos às intoxicações, à síndrome da abstinência e à presença de comorbidades psiquiátricas ou físicas, o que são agravantes no processo de dependência, podendo acarretar episódios de reincidência do consumo de drogas (BOSKA et al., 2018; LONGO, 2015; SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Horta et al. (2018) e Ronzani et al. (2015) apontam que tais fatores dificultam o processo de recuperação e reabilitação, particularmente se houver transtornos mentais, dos quais os mais frequentes são os transtornos do humor; podendo estar associados ou não ao tempo de uso das drogas, às crises de abstinência mal manejadas, ao uso indevido de medicações psiquiátricas e até mesmo à predisposição genética.

Cerca de 80% dos pacientes usuários de SPA devidamente diagnosticados apresentam, na mesma proporção, perturbações psiquiátricas comórbidas. Dentro do ambiente terapêutico, o usuário possui pelo menos um transtorno mental (CASTRO NETO; SILVA; FIGUEIROA, 2016; EMCDDA, 2004; FLYNN; BROWN, 2008; ZERBETTO et al., 2020).

Dois estudos internacionais apontaram para a presença de comorbidades psiquiátricas entre usuários de SPA. O primeiro, um estudo realizado em Los Angeles com usuários de SPA em tratamento ambulatorial para dependência química, revelou a presença de depressão e ansiedade, sendo que mais de um terço dos entrevistados tiveram dois ou mais transtornos mentais (WATKINS et al., 2004). O segundo, um estudo realizado em Barcelona, na Espanha, com jovens usuários de cocaína, apontou que 42,5% dos indivíduos apresentaram comorbidade psiquiátrica (HERRERO et al., 2008).

Schmidt e colaboradores (2011) destacam que a mortalidade ajustada por idade causada por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool, baseada no CID-10

(código F10 – Transtorno mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa), subiu 21% em onze anos, de 4,26 por 100.000 pessoas, em 1996, para 5,17 por 100.000 pessoas, em 2007.

Nesse contexto, De Leon (2003) reforça que o abuso de SPA acomete o indivíduo em toda sua complexidade, desencadeando problemas cognitivos e de comportamento, bem como perturbações do humor (depressão) e de ansiedade, transtornos antissociais e de personalidade. Herrero e colaboradores (2008) corroboram tais achados, chamando a atenção para a presença de comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack, o que agrava significativamente a vida do usuário, predispondo-o ao fracasso terapêutico mais do que o usuário não comórbido (EMCDDA, 2004; FLYNN; BROWN, 2008; GUIMARÃES et al., 2008; WATKINS et al., 2004).

Uma das comorbidades verificadas em estudos com pessoas que fazem uso de drogas de forma abusiva foi a ansiedade. Este transtorno mental é definido como um sentimento íntimo de apreensão, mal-estar, preocupação, angústia e/ou medo, acompanhado por um despertar físico intenso, podendo levar uma pessoa a um quadro de extremo desconforto, o que foge da normalidade e passa a ser considerado um quadro patológico, cabível a uma intervenção terapêutica e medicamentosa, dependendo da sua gravidade (APA, 2014; BRASIL, 2005 apud BARTHOLOMEU et al., 2014; DRAGHI et al., 2020).

A presença de ansiedade entre usuários de SPA pode ser verificada em dois estudos. O primeiro, um estudo nacional realizado em Porto Alegre (RS) destacou a presença de ansiedade em usuários de crack entre 40% da sua amostra (N=30), sendo que 16,7% apresentaram ansiedade do tipo leve, 23,3% moderado e 20% grave (GUIMARÃES et al., 2008). O segundo, um estudo internacional realizado em Barcelona, na Espanha, onde a ansiedade esteve presente em 13% da amostra (jovens usuários de cocaína) (HERRERO et al., 2008).

Os estudos confirmam que a ansiedade está presente entre pessoas que fazem uso problemático de SPA, o que acaba por contribuir de forma negativa no agravamento da situação de dependência; possivelmente, esta ansiedade pode estar relacionada às inúmeras perdas geradas durante o processo de dependência e até mesmo pela alteração psíquica que o consumo excessivo de drogas causa no indivíduo.

Outra comorbidade que tem sido apontada entre dependentes químicos – e que também será destacada neste estudo – é a depressão. Trata-se de uma doença classificada dentro dos transtornos de humor, que mais incapacita e gera risco de vida, tendo prevalência de 3% a 18% entre a população geral (BARTHOLOMEU et al., 2014; CASTRO NETO; SILVA;

FIGUEIROA, 2016). A depressão esteve presente entre usuários de cocaína e crack em um estudo realizado em Dayton, no estado norte-americano de Ohio (80% para depressão mínima e 55% para depressão moderada a grave) (FALCK et al., 2002); entre usuários de cocaína, em um estudo realizado em Barcelona, na Espanha (26,6%) (HERRERO et al., 2008); entre pacientes com dependência química no sul do Brasil (depressão moderada e leve) (GORENSTEIN et al., 2014); e entre usuários de crack internos em uma unidade psiquiátrica para desintoxicação na capital do Rio Grande do Sul (50% moderado e grave) (GUIMARÃES et al., 2008).

Cerca de 80% de pessoas usuárias de SPA, entre elas o crack, possuem algum grau de depressão, além de ser um fator de risco para o crescimento do índice de suicídio em 15% dos casos (BRASIL, 2005 apud BARTHOLOMEU et al., 2014), fator que precisa ser levado em consideração pelos órgãos públicos e pelos profissionais responsáveis por medidas de prevenção e/ou tratamento da dependência química.

Além da baixa autoestima e dos transtornos mentais que podem acometer os usuários de SPA, destaca-se ainda a carência de suporte social como fator adicional que dificulta o processo de reabilitação.

O suporte social é considerado multidimensional, envolvendo a percepção do indivíduo nas diversas esferas de atuação (CARDOSO; BAPTISTA, 2014; TAYLOR, 2011). A literatura aponta para dois modelos teóricos que descrevem o suporte social: o modelo de Buffer e o modelo de efeito principal (COHEN; WILLS, 1985; SEIDL; THOITS, 1982; TRÓCOLLI, 2006). No primeiro, o modelo teórico de Buffer, o suporte social é considerado como fonte protetora, minimizando as consequências negativas relacionadas a situações estressantes e envolvendo o bem-estar físico e mental do indivíduo, contribuindo como um recurso ambiental importante no processo de enfrentamento (SEIDL; TRÓCOLLI, 2006; THOITS, 1982). No segundo modelo, do “efeito principal”, os recursos sociais são considerados benéficos independentemente de o indivíduo estar ou não em situação de estresse (COHEN; WILLS, 1985).

Ter boa percepção do suporte social torna-se uma ferramenta muito importante na vida de um indivíduo, tanto na saúde física, quanto na mental, proporcionando recursos de enfrentamento quanto às situações consideradas estressoras e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Um suporte social adequado é considerado como elemento de extrema relevância para o processo de recuperação da dependência química (CARDOSO; BAPTISTA, 2016; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

O indivíduo dotado de rede de suporte social adequada pode encontrar nela relações de reciprocidade e afeto capazes de fazer despertar os sentimentos de pertencimento social, estima, valor, estabilidade e equilíbrio emocional. Tais elementos podem contribuir para uma mudança positiva no comportamento, em busca de hábitos de vida mais saudáveis, ampliando sua capacidade de enfrentar a realidade, podendo, então, influenciar na motivação do usuário para se tratar (CAMPOS; GOMIDE, 2015; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; SILVA; SILVA; LUZ, 2012; VEIGA; FERNANDES; SADIGURSKY, 2010).

Estudo transversal, realizado na República do Sri Lanka com pacientes psiquiátricos que referiram uso de SPA, apontou a escassez de suporte social em 66,1% de sua amostra (HAPANGAMA; KURUPPUARACHCHI; PATHMESWARAN, 2013), assim como também verificado em um estudo nacional multicêntrico realizado em seis capitais brasileiras, onde os usuários de crack entrevistados apresentaram problemas nas subescalas trabalho e suporte social e familiar (HALPERN et al., 2017).

Diante do exposto, é possível compreender que a reorganização do suporte social deve ser iniciada logo nos primeiros estágios do tratamento, fase em que o indivíduo se encontra mais propenso a sentimentos ambivalentes em relação a continuar se tratando (FERTIG et al., 2016; PAIVA et al., 2014). Autores reforçam que, se isso não for possível e a rede de suporte social for escassa (falta de emprego, pouco apoio familiar, dificuldade de acesso a serviços de saúde), poderá agravar a situação do usuário, em decorrência das consequências negativas geradas pelo processo de dependência (FERTIG et al., 2016; SELEGHIM et al., 2011).

A existência de uma rede de suporte social efetiva, seja advinda da família, dos amigos, da escola, das comunidades religiosas e/ou dos grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos-AA, Narcóticos Anônimos-NA, pastoral da sobriedade, equipe do consultório de rua, etc.), é considerada como medida protetiva ao processo de recaídas, na redução de conflitos e estresse, na melhoria da interação interpessoal e na relação com a sociedade, influenciando diretamente na satisfação/adesão ao tratamento, aumentando a probabilidade de sucesso (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; LOURES; COSTA; RONZANI, 2016).

É de suma importância que indivíduos em tratamento recebam medidas que os auxiliem a potencializar o suporte social, pois, quanto maior a percepção do suporte social, menores serão as chances de recaídas ou lapsos (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; LOURES; COSTA; RONZANI, 2016). Siqueira et al. (2015) confirmam essa percepção, destacando a necessidade de ações que contribuam na melhoria da qualidade de vida, a partir da inserção de novos vínculos sociais, seja por parte dos profissionais de saúde, dos familiares

ou da sociedade em geral, fornecendo o acolhimento necessário aos usuários e ampliando a rede de suporte social.

É de grande importância que os usuários reconheçam sua rede social, possam apoiar-se nessa rede e dar continuidade no enfrentamento às drogas, sendo necessário que os profissionais de saúde os auxiliem a (re)organizar sua rede de suporte social (CORRADI-WEBSTER; GHERARDI-DONATO, 2016). Também é possível que, dentro dos serviços de saúde, os usuários encontrem apoio e estabeleçam, como parte de sua rede social, os profissionais, os usuários em recuperação e os familiares que ali frequentam (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013), passando a contar com o apoio necessário para dar continuidade no processo de recuperação da dependência às drogas.

1.3 O contexto do tratamento da dependência de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas

Em âmbito global, o que se percebe é que existe dificuldade para encontrar modalidades adequadas e efetivas de tratamento para o indivíduo com dependência química. Nas Américas, tem sido relatado o custo elevado com o uso abusivo de drogas e a baixa oferta de serviços capacitados para tratar a dependência química (KOHN, 2013; OPAS, 2011; OPAS, 2014). Esta baixa oferta de tratamento foi verificada em 73,5% na região das Américas; 47,2% na América do Norte e 77,9% na América Latina e Caribe, sendo de 85,1% para tratamento de alcoolismo na região da América Latina e Caribe (KOHN, 2013; OPAS, 2014).

No mundo, existem instituições governamentais (ou não) que prestam direta ou indiretamente algum tipo de assistência a usuários de SPA, sendo ligadas aos campos da saúde e da assistência social, ao poder público, à iniciativa privada ou por meio de grupos religiosos.

No contexto nacional, a partir de 1987, novas modalidades voltadas ao tratamento e à reabilitação de usuários de drogas lícitas e ilícitas foram criadas, na tentativa de expansão da atenção básica para cuidado integral à saúde mental a esta população (DAMAS, 2013). Cabe destaque aos Centros de Atenção Psicossocial, núcleos especializados em Álcool e Drogas (CAPS AD), aos leitos para desintoxicação em hospitais gerais, aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambas modalidades de atenção destinadas ao cuidado da saúde dos usuários de SPA (DAMAS, 2013).

No âmbito da assistência social, há o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), como instituições destinadas a cuidar da reabilitação social desses usuários (BICHIR; SIMONI JR;

PEREIRA, 2020; DAMAS, 2013; MACÊDO; PESSOA; ALBERTO, 2015; SOUZA, BRONZO, 2020).

Embora tenham sido apresentados, neste texto, alguns dos serviços destinados a cuidar da saúde dos usuários de SPA ligados ao governo brasileiro, é importante destacar que existem outros serviços de assistência destinados a este grupo de população, frutos da iniciativa privada, filantrópica e/ou religiosa. Serviços estes que tentam suprir a ausência de políticas públicas e/ou a deficiência de vagas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), buscando, ainda, atender as perspectivas e as demandas de outros níveis (familiares e comunidades) que apresentam dificuldade de lidar ou reinserir o sujeito com dependência química na sociedade.

Estudos apontam que é crescente a presença de entidades de iniciativa privada oferecendo serviços no contexto hospitalar, com clínicas e ambulatórios especializados na dependência química. Também parece ter crescido a presença de entidades religiosas no cuidado de pessoas em situação de dependência química, seja ofertando grupos de apoio abertos, tais como os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos, ou por meio de Comunidades Terapêuticas (CT), que oferecem um serviço em instituições fechadas que acolhem os usuários temporariamente (DAMAS, 2013; PERRONE, 2014).

Neste trabalho, pautamos nossa discussão nos serviços de Comunidade Terapêutica. Todavia, não se pretende fazer a defesa ou a crítica deste serviço, apenas a sua descrição de acordo com a legislação.

O interesse científico voltado às pesquisas que retratam o funcionamento de uma CT, no mundo, foi crescente a partir de 1976, quando o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) organizou a primeira conferência de planejamento das *Therapeutic Communities of America* (TCA). A segunda conferência ocorreu em 1992 e incluiu pesquisadores que passaram a estudar o comportamento e a modalidade de tratamento em CT (DE LEON, 2003). Nesse período, existiam, no mundo, duas diferentes CT, uma destinada a guardar pacientes com comprometimento mental severo (Inglaterra, 1940, Grã-Bretanha, 1940; Reino Unido, 1953) e outra destinada a tratar de forma residencial, baseando-se na ideia de comunidade, para tratamento de dependência química (Estados Unidos, 1964-1971) (DE LEON, 2003).

As CT para tratamento de dependência química, no Brasil, surgiram em meados da década de 1960, seguindo o modelo norte-americano, com caráter residencial para tratar usuários em situação de dependência, que utilizam o modelo psicossocial de atenção à dependência química (BRASIL, 2001). Nos dias atuais, têm sido uma das modalidades de assistência a usuários de SPA mais procuradas no país. Em muitas partes do mundo, a procura pelas CT também é grande. Exemplo disso é o caso dos Estados Unidos, onde as CT prestam

assistência a milhares de pessoas e seus familiares todos os anos (DE LEON, 2003; FERNÁNDEZ, 2011; FIESTAS; PONCE, 2012; PERRONE, 2014).

Essa procura dá-se pelo fato que essas unidades terapêuticas oferecerem medidas alternativas para tratar a pessoa em situação de dependência, que não seja apenas a oferta de internação em hospitais psiquiátricos (ou não), oferecendo uma inovadora forma de tratar a problemática, independentemente da cultura e do nível de desenvolvimento das populações atingidas (DE LEON, 2003; FERNÁNDEZ, 2011; FIESTAS; PONCE, 2012; PERRONE, 2014; RIBEIRO et al., 2019). De Leon (2003) contribui para o tema esclarecendo que uma CT atende a um grupo específico de pessoas, as que apresentam abuso do consumo de drogas e costumam apresentar complexos problemas sociais e psicológicos.

Para o autor acima citado, o perfil dos usuários de CT deve ir muito além do problema decorrente do abuso de drogas, expandindo para problemas gerados pela dependência, tais como: a vida em crise (criminalidade, sexualidade, ideação suicida, autoagressão, ansiedade, medo da morte e perdas pessoais), a incapacidade de manter a abstinência, a disfunção social e interpessoal e o estilo de vida antissocial.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) reportou a existência de duas a três mil CT espalhadas pelo país (PERRONE, 2014), enquanto que o Ministério da Saúde (MS) registrou a presença de 2.500 CT (DAMAS, 2013) e no Boletim de Análise Político-Institucional do Ipea, estima-se que existem cerca de 1.900 CT no país, a maior parte nas regiões Sudeste (41,77%) e Sul (25,57%), particularmente em Minas Gerais e Rio Grande do Sul (SANTOS, 2014; SCHLEMPER JUNIOR, 2017). No ano de 2018 foram disponibilizado novos credenciamentos de CT a partir do edital 01/2018 da SENAD pela portaria nº 37, de 9 de outubro de 2018, levando em consideração as necessidades regionais brasileira, disponibilizando 5,49% das vagas para a região norte, 33,83% região nordeste, 9,39% Região Sul, 45,56% Região Sudeste, 5,73% Região Centro-Oeste. Assim no primeiro relatório de aprovação, foram credenciadas 412 novas comunidades terapêuticas (CONFENACT, 2018).

Damas (2013) refere que esse desencontro de dados, sobre a estimativa do número de CT existentes no Brasil, pode estar relacionado à ausência de registro de grande parte das instituições, por não conseguirem atender aos critérios mínimos exigidos para se credenciar como serviço de saúde, o que acaba por dificultar a fiscalização e/ou o acompanhamento dessas unidades.

Fossi e Guareschi (2015) destacam que as CT foram conveniadas no SUS a partir da Portaria 7179/2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas.

Este plano teve como objetivo desenvolver estratégias voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de drogas.

Uma das ações estruturantes deste plano foi a ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas. Uma das ações imediatas contemplava a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de SPA (BRASIL, 2010); plano este que, de certa forma, acabou por apoiar o tratamento de pessoas em situação de dependência química em instituições de espaço fechado, privando temporariamente a liberdade de seus residentes.

Quanto ao caráter de legislação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamentou as CT em 2001, a partir da publicação da RDC 101/2001 (Atual RDC nº 29, de 30/06/2011) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011). Essas unidades terapêuticas estiveram vinculadas à SENAD (Ministério da Justiça) e ao MS, órgãos brasileiros que foram responsáveis por seu cadastramento, seu acompanhamento e sua fiscalização (FOSSI; GUARESCHI, 2015), porém, a partir de 2019, as CT passaram a ser acompanhadas pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, vinculada ao Ministério da Cidadania (BRASIL, 2019).

Quanto aos recursos financeiros, estes foram estabelecidos pela Portaria 131, de 26/01/2012, por meio de repasses aos estados e municípios, para apoiar os serviços de CT, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2012).

No Brasil, a CT se destaca por ser um meio alternativo para o tratamento psiquiátrico manicomial, onde há reclusão temporária e transitória em tempo integral (até 12 meses); no entanto, possuem uma proposta diversificada (DAMAS, 2013; HESS; ALMEIDA, 2019; PACHECO, 2013). Assim, a CT é entendida como um modelo de atenção coletiva/comunitária, destinada a usuários que fazem uso de SPA de forma abusiva, porém que se encontram em condições clínicas estáveis e que aceitem, como terapêutica, a mudança de comportamento e de crenças (RONZANI et al., 2015).

As CT têm a pretensão de funcionar em regime de residência, segundo um modelo psicossocial, devendo oferecer um ambiente que forneça suporte e tratamento aos seus usuários, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares, oferecendo uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, auxiliando na reabilitação física e psicológica e na reinserção social dos usuários (HESS; ALMEIDA, 2019; PERRONE, 2014; RONZANI et al., 2015).

Na CT descrita por De Leon (2003), o elemento mais importante da abordagem é a comunidade, tendo como objetivo específico tratar o transtorno individual, mas, como

propósito mais amplo, o de transformar estilos, vida e identidades pessoais. Ali, sua estrutura, sua população e sua rotina diária de atividades preparam o usuário para facilitar a cura, promover a aprendizagem e a mudança no indivíduo.

Mesmo diante de críticas sofridas, pela modalidade de internato que as CT possuem, é importante destacar que mais de 80% dos tratamentos para dependência química no Brasil têm sido realizados em Comunidades Terapêuticas (DAMAS, 2013; HARTMANN, 2011; PERRONE, 2014). O que se percebe é que essas críticas têm sido direcionadas à relação do modelo proibicionista seguido pelas CT (abstinência de drogas), comparado ao modelo de redução de danos, proposto pelo MS. Aliado a isso, percebe-se ainda que o desencontro de registros e a fragilidade de controle e fiscalização possam ser um fator colaborador que dificulta a aceitação dessas instituições por um grupo significativo de profissionais de saúde.

Associado a essas controvérsias, destacamos que os profissionais envolvidos no atendimento (área de saúde, social, jurídico, entre outros) não podem se isentar de suas responsabilidades, sendo necessário estarem presentes para dar minimamente uma assistência digna (saúde, social, judicial, entre outras) aos usuários, de forma geral, e principalmente aqueles internos em unidades de acolhimento para dependência química, quer seja direta ou indiretamente.

1.4 O uso de práticas integrativas e complementares no tratamento da dependência de substâncias

Embora ainda existam muitos conflitos para escolher a melhor modalidade para tratar pessoas com dependência química, destacamos, neste estudo, que, no âmbito da saúde pública, vem crescendo a cada dia a busca por novas práticas de saúde, que estejam inseridas nos princípios norteadores do SUS, que possuam baixo custo e que sejam facilmente aplicadas em qualquer ambiente de saúde ou na comunidade.

Dessa forma, a investigação por novos métodos de intervenção terapêutica é válida quando se busca a assistência efetiva e a consequente adesão ao tratamento (PARANAGUÁ, 2009), buscando, ainda, a reabilitação psicossocial dos usuários, bem como sua reinserção social, oportunizando espaço de recuperação, voltado ao apoio a estas pessoas, para que consigam desenvolver suas habilidades e alcançar suas metas, melhorando sua qualidade de vida. Sobre isso, no Plano de Ação sobre Saúde Mental (2015-2020), foi retratado que o serviço de saúde mental deve ser capaz de dar conta de oferecer aos seus usuários um espaço de escuta qualificada, que possa oferecer apoio e alternativas de tratamento que alcancem as necessidades

dos usuários do serviço (transtornos mentais ou uso de drogas), inclusive de acordo com seu ciclo de vida, garantido o acesso universal ao serviço de saúde e, conseqüentemente, aos direitos humanos, tais como saúde, educação, lazer, reinserção na comunidade e trabalho (OPAS, 2014).

Nesse sentido, em busca das contribuições das práticas alternativas no tratamento de pessoas em situação de dependência química, foi que, em 2006, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a partir da Portaria 971/2006, contemplando sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) (BRASIL, 2006_a).

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (REULA et al., 2019; TELES JR, 2016).

No Brasil, os sistemas que envolvem práticas integrativas e complementares já existem há 14 anos, sendo, desde sua implantação, pautados na atenção humanizada e no cuidado singular, quebrando paradigmas da oferta apenas do modelo biomédico, possibilitando uma nova cultura de saúde, a ampliação da oferta e o aumento da procura no âmbito da rede pública de saúde, podendo ser utilizada como primeira opção de tratamento ou como forma complementar, respeitando as singularidades de cada caso.

Atualmente as práticas integrativas e complementares estão presentes em 3.024 municípios, estando presente em 100% das capitais brasileiras, o que corresponde a cobertura de 54% do país. As práticas estão concentradas em 78% nas unidades de saúde da atenção primária (Atenção Básica), 18% na atenção especializada (Média Complexidade) e 4% na atenção hospitalar (Alta Complexidade) (BRASIL, 2017_a; BRASIL, 2020).

Os dados revelam a expansão do uso dessas práticas e, conseqüentemente, a comunidade tem buscado participar destas modalidades terapêuticas. Em busca de atender essa demanda, percebe-se que os profissionais de saúde têm se capacitados em cursos voltados às práticas integrativas e complementares, tais como *reiki*, Terapia Comunitária, fitoterapia, em busca de agregar conhecimentos às suas práticas profissionais e oportunizar, em seus serviços de saúde, uma participação mais solidária na assistência, onde os usuários possam encontrar modalidades diferentes das práticas biomédicas e que os auxiliem no alívio de suas dores e de seus sofrimentos emocionais.

Dentre as práticas alternativas e complementares existentes no SUS, por meio da PNPIC, destacamos apenas a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) ou Terapia Comunitária (TC), por se tratar da ferramenta metodológica a ser utilizada nesta pesquisa. Antes de descrever especificamente esta prática, apontaremos o seu envolvimento com o contexto de intervenção psicossocial.

Para a psicologia social, a intervenção psicossocial deve ser entendida como uma proposta interdisciplinar que seja capaz de “orientar no processo de mudança em contextos diversos, com base na demanda dos sujeitos envolvidos e na análise crítica das relações sociais no cotidiano dos grupos, instituições e comunidades” (AFONSO, 2011, p.447). Todo esse processo de mudança precisa acontecer de forma democrática e com total envolvimento da comunidade, alcançando o objetivo principal da intervenção psicossocial – que é o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (MACHADO, 2004; PRADO et al., 2020).

O Ministério da Saúde também destaca que a intervenção psicossocial está relacionada à possibilidade de práticas concebidas na realidade cotidiana da comunidade, enfatizando o respeito às particularidades dessa comunidade (cultura, crenças, valores sociais, etc.), de modo que dialoguem com o conceito ampliado de saúde e com a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

A TCI é utilizada como estratégia de intervenção psicossocial, por atender os requisitos do MS, de atuar na realidade cotidiana das comunidades, tendo como proposta terapêutica reduzir o estresse provocado por inquietações e problemas advindos do dia a dia e minimizar o sofrimento psíquico dos usuários em seu território, possibilitando a ressignificação do sofrimento e as mudanças no contexto de vida das pessoas (BRASIL, 2013; FERREIRA FILHA; LAZARTE; DIAS, 2019). Esta terapia também é reconhecida pelo MS como uma prática de cidadania, uma vez que aposta na força da comunidade, na responsabilização e na competência dos seus participantes (BRASIL, 2013).

De acordo com Guimarães e Ferreira Filha (2013), a TCI deve ser utilizada como uma prática de caráter terapêutico, transformadora da realidade, podendo ser utilizada nos diversos níveis de atenção à saúde. Além disso, as autoras e Nunes et al. (2015) ressaltam que esta prática pode ser utilizada como uma tecnologia do cuidado, por meio do trabalho em grupo, de baixo custo, visando as atividades de promoção de saúde mental e prevenção do adoecimento mental para as comunidades. A partir deste momento, será abordado um pouco mais sobre esta terapia.

Destaca-se que a TCI vem ganhando espaço como um novo método de intervenção, inserido no contexto das práticas integrativas propostas pelo MS, como uma ferramenta de intervenções e cuidado na saúde mental, pois possibilita a ampliação ações preventivas e de

promoção à saúde (FERREIRA FILHA; LAZARTE; DIAS, 2019; JATAI; SILVA, 2012). Por isso, foi inserida no SUS em 2008 e PNPIC, em 2017 (AZEVEDO et al., 2013; BRASIL, 2008). A partir da Portaria nº145/2017, a TCI passou a ser incluída como procedimentos de forma organizacional de práticas integrativas/complementar, recebendo um código de origem (01.01.01.005-2), facilitando a identificação, pelos gestores, dos procedimentos nos sistemas de informação do SUS, pois, até então, apesar de ser executada na prática, não possuía um código próprio para seu registro (BRASIL, 2017).

A TCI é uma prática integrativa genuinamente brasileira, criada em 1987, como um meio de desenvolver trabalhos com comunidades distintas e com dinamismo, onde a participação e a reflexão abrem espaço para os integrantes exporem suas dificuldades e apreensões, que ecoam no debate e na busca de soluções para tais problemas (BARRETO, 2008). A proposta desta terapia é a integração entre os participantes e o fortalecimento dos vínculos entre pares, mediando o confronto das dificuldades cotidianas e o crescimento diante do processo de tratamento. Através do processo de explanação de suas próprias vivências, há a manifestação de empatia e de reconhecimento para com o próximo, resgatando as habilidades de convivência social e autopoiese (LAZARTE, 2015).

A TCI é uma metodologia de trabalho que se embasa em pressupostos advindos de vários referenciais teóricos, enfatizando a solidariedade, a resiliência do sujeito e a coesão grupal, sendo destacada, por seu criador, em três componentes primordiais, sendo eles: comprometimento de todos os envolvidos, proporcionando debates e realização de soluções; fortalecimento do vínculo coletivo; e integração e formação da identidade social. A TCI se apoia, ainda, em cinco pilares teóricos, sendo eles: a pedagogia de Paulo Freire, a resiliência, a antropologia, a pragmática de comunicação e o pensamento sistêmico (BARRETO, 2008; JATAI; SILVA, 2012), como representado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma dos pilares teórico da Terapia Comunitária Integrativa

Fonte: Própria autora.

No primeiro pilar, a pedagogia de Paulo Freire, o pressuposto que parece dar apoio a esta TCI é a pedagogia da autonomia. Nesta pedagogia, Paulo Freire destaca a necessidade de permitir a participação do homem na construção de sua vida, ressaltando a importância da tolerância, do bom senso e da humildade. Freire ainda ressalta que a arte de ensinar não se trata meramente da transmissão de conhecimentos, pois ensinar exige diálogo, troca e reciprocidade (FREIRE, 1996). A TCI apropria-se deste referencial teórico, por permitir, na sua prática, a participação comunitária de forma horizontal, convidando os participantes a fazer e refazer, agir e refletir sobre sua história de vida, oportunizando um espaço para cuidar de si e cuidar do próximo, considerando-o como autor em um espaço de aprendizagem coletiva (FREIRE, 1996).

O segundo pilar é a resiliência, compreendida como a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades em superar adversidades encontradas durante a vida, podendo ser considerada como um desenvolvimento normal perante circunstâncias difíceis (FERNÁNDEZ; WALDMÜLLER; VEGA, 2020; FONAGY, 1994; OLIVER-SMITH et al., 2016). Tal capacidade sempre é incentivada entre os participantes das rodas de TCI, por propiciar um espaço capaz de despertar a resiliência entre seus participantes, onde estes possam expor como foram adquirindo as habilidades sociais.

As habilidades sociais são comportamentos necessários para que uma relação interpessoal seja bem sucedida tendo como base os padrões típicos de cada contexto e cultura,

ou seja em dado contexto situacional-cultural. Incluem ainda, o comportamento de início, manutenção e finalização do diálogo, além da solicitação de ajuda, ser capaz de fazer e responder questionamentos, recusar solicitações, defender a si mesmo e manifestar a expressão de sentimentos de agrado e desagrado. Também inclui solicitar que o outro mude o seu comportamento, lidar com críticas e elogios, além de admitir erros e ser capaz de pedir desculpa, entre outros, o que irá favorecer a qualidade e a efetividade do relacionamento com o outro (CABALLO, 2003; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017; OLIVEIRA; CAPELLINI; RODRIGUES, 2020).

Aspectos concomitantes ao se expressar verbalmente, além do conteúdo da fala, a postura, o contato visual (comunicação não verbal), a capacidade e eficácia de percepção do ambiente, assim como o manejo de respostas fisiológicas (respiração e batimentos cardíacos), dentre outros, são relevantes na determinação da habilidade social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017).

As habilidades sociais tem sido identificadas como um fator que protege o indivíduo no curso do seu desenvolvimento e isso tem estimulado intervenções que favoreçam a aprendizagem dessas habilidades entre grupos e contextos distintos compostos de diversas populações (MURTA, 2005; OLIVEIRA; CAPELLINI; RODRIGUES, 2020).

Programas para treinar o indivíduo em habilidades sociais tem se afiliado a diversas teorias, como as teorias humanistas, sistêmicas, cognitivas e comportamentalistas (ARÓN, MILICIC, 1994). Esses programas tem por objetivo ampliar a frequência de habilidades sociais já aprendidas, mas frágeis, além de ensinar novas habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017; OLIVEIRA; CAPELLINI; RODRIGUES, 2020).

Nesse sentido, a TCI ao possibilitar momentos de encontro com exposição de experiências, favorece a reflexão sobre os comportamentos que os participantes tem tido ao longo da vida e a possibilidade de enxergar outras formas de manejo com base nas manifestações dos terapeutas comunitários que agem como facilitadores nesse processo. Desnecessário enfatizar que neste caso a perspectiva que essa forma de intervenção adota é a das teorias humanistas e sistêmicas.

No terceiro pilar, a teoria da comunicação, o pressuposto utilizado pelo autor da TCI foi a Pragmática da Comunicação Humana, proposta por Watzlawick, Beavin, Jonhson (1967), que define cinco regras básicas da comunicação, sendo elas: “todo comportamento é comunicação”; toda comunicação tem dois componentes: a mensagem e a relação entre o interlocutor”; “toda comunicação depende da pontuação”; “toda comunicação tem duas formas de expressão (verbal e não verbal)”; “a comunicação pode ser simétrica e complementar”.

Segundo o autor, na perspectiva da pragmática, todo comportamento, não só a fala, faz parte do processo de comunicação.

A comunicação inclui a interação entre as pessoas, permitindo a troca de informações, opiniões, pensamentos e emoções, sendo capaz de estabelecer os vínculos, seja essa comunicação por linguagem verbal ou não-verbal (BRETANHA et al., 2011; DOMINGUES, 2019; LUISI, 2006). Para Watzlawick, Beavin, Jonhson (1967), a comunicação pressupõe que cada ação feita pelo ser humano transmite um comunicado, sendo que até o silêncio também é considerado uma forma de mensagem.

Nesse sentido, pode-se compreender a apropriação, pelo autor da TCI, da teoria da comunicação, visto que, durante a execução das rodas, é possibilitado um espaço para as pessoas se relacionarem, valorizando todos os tipos de expressão dos participantes, inclusive, sendo respeitado o silêncio, até que o participante sinta-se disponível para se expressar e endossa que todo comportamento tem valor de comunicação e facilita a compreensão das relações humanas (WATZLAWICK; BEAVIN; JONHSON, 1967).

O quarto pilar da TCI baseia-se na antropologia, pelo fato de que existe o reconhecimento que a cultura atua como formadora de identidade e que o legado social é o referencial de onde cada indivíduo pode avaliar e discernir valores e ações do dia a dia, pois o ser humano é moldado a partir de normas, modos de proceder e costumes de uma sociedade desde o nascimento (LANDINI; COWES; D'AMORE, 2014; NAPIER et al., 2014).

A cultura pode ser entendida não somente como hábitos e crenças sobre bem-estar percebido, mas também como políticas, práticas e valores econômicos, legais, éticos e morais. Embora a cultura possa ser considerada como um conjunto de valores subjetivos que se opõe à objetividade científica, o desafio é chamar a atenção para a existência do sistema de valores que todos as pessoas têm e que seja considerado, mesmo que tais sistemas por vezes sejam difusos e frequentemente tomados como concedidos, eles sempre são dinâmicos e mutáveis, produzem novas e as vezes necessidades perplexas, para as quais as práticas de cuidado estabelecidas, em geral, se ajustam vagarosamente (NAPIER et al., 2014).

A TCI está incluída no contexto da antropologia, uma vez que, durante a execução das rodas, respeita-se as diversas manifestações culturais existentes entre seus participantes, resgatando as suas formas de expressão (músicas, crenças e práticas), utilizando-as como ponto positivo em busca de aproximar-se da comunidade a qual eles pertencem, numa contribuição para diminuir a exclusão social (ROCHA et al., 2013).

No quinto pilar da TCI, o pensamento sistêmico, o pressuposto que parece dar apoio a esta técnica é a descrição, proposta por Maria José Esteves de Vasconcellos, que descreve este

pensamento como uma visão de mundo que contempla as três dimensões: complexidade (sistemas amplos, redes, causalidade circular, pensamento complexo), instabilidade (evolução, imprevisibilidade, auto-organização, saltos qualitativos) e intersubjetividade (inclusão do observador, autorreferência, significação da experiência na conservação, co-construção), possibilitando uma forma de perceber, pensar e enxergar o mundo em que se vive como um todo em relação ao seu contexto e não como um fragmento de sistemas. Ou seja, trata-se da forma de como se vê o mundo e como se atua nele (CESARIO; CESARIO, 2019; VASCONCELLOS, 2002).

Maturana e Zöller (2004) e Marciano, Vaccaro e Scavarda, (2019) corroboram esta compreensão, referindo que o pensamento sistêmico diz respeito à forma com que se olha para as crises e os problemas, não podendo deixar de lado as partes integradas de uma rede complexa (corpo, mente e contexto cultural), que interligam as pessoas num todo. Dessa maneira, é preciso olhar o indivíduo não apenas de forma isolada, mas, sim considerar também o seu contexto e as relações que ele estabelece com pessoas e objetos do mesmo.

O pensamento sistêmico como pressuposto teórico se adapta perfeitamente à TCI ao buscar compreender o indivíduo em sua totalidade, pertencente a um sistema complexo e interconectado em que os conflitos pessoais, familiares e sociais se articulam. Schenker e Minayo (2004) acentuam o papel da família e da comunidade em que o indivíduo está inserido (temporariamente ou não), enquanto espaços capazes de despertar a compreensão de seus participantes em relação ao mundo que os cerca e propiciam momentos para reflexão sobre suas condições de vida e superação das adversidades. A teoria sistêmica busca compreender o indivíduo em sua totalidade e complexidade, dentro de suas relações com a família, a sociedade, as crenças e os valores, preceitos esses preconizados pela TCI.

Quanto da realização de uma roda de Terapia Comunitária, as pessoas são dispostas em círculo, de forma que os participantes se sentam lado a lado com igualdade e inclusão, garantindo a visualização de todos, sem que haja definição de quem é o primeiro ou último participante da roda (FERREIRA FILHA; LAZARTE; DIAS, 2019; LEMES et al., 2020).

A TCI surgiu como uma prática de intervenção na área de saúde mental no intuito de poder dar conta da demanda de pessoas necessitadas e devido o escasso número de trabalhadores nessa área que tivesse disponibilidade para amenizar o sofrimento das pessoas. A partir dessa constatação, o seu criador (Adalberto de Paula Barreto) foi desenvolvendo os passos que melhor dessem conta de implementar uma estratégia de intervenção comunitária, culminando no desenvolvimento de um protocolo, que vem sendo repetido pelo seu criador e sucessores.

Segundo Barreto (2008) e Ferreira Filha, Lazarte e Dias (2019), para o desenvolvimento da TCI, é necessário um protocolo de seguimento em cada reunião/roda/sessão que compreende cinco etapas, que são: Acolhimento, Escolha do tema pelos participantes, Contextualização da temática eleita por aquele que a expôs, Problemática realizada pelos participantes e terapeutas facilitadores e o ritual de encerramento em que são expostas aquisições (ou não) obtidas na participação da roda, conforme detalhadas a seguir:

- Acolhimento: é o momento de ambientar os participantes da roda, colocando-os em locais confortáveis. É nesse momento que são explanados os objetivos e as normas para o funcionamento do grupo.
- Escolha do tema: é o momento no qual são expostas as inquietações dos participantes e depois o próprio grupo escolhe um dos temas expostos para ser debatido/aprofundado.
- Contextualização: nessa fase acontece a apresentação do problema e o aprofundamento sobre a história da pessoa. A partir disso os terapeutas constroem a pergunta-chave (mote) para a reflexão dos demais participantes durante a terapia.
- Problemática ou partilha de experiências: todos os participantes começam a falar de suas próprias experiências relativas ao tema exposto na roda, de forma que o grupo se envolve na busca de compreender o problema, mostrando diferentes visões e opiniões a respeito do mesmo.
- Encerramento: é o momento destinado ao terapeuta reforçar positivamente a expressão de todos que expuseram na roda, terminando com o agradecimento e o convite para as próximas rodas/sessões.

Segundo Barreto et al. (2011), no Brasil, a TCI vem sendo utilizada em diversos estados, sendo legitimada e regulamentada pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (ABRATECOM). No âmbito internacional, há relatos da prática no livro “A inserção da Terapia Comunitária Integrativa na ESF/SUS”, destacando sua realização na Europa (França, Suíça, Alemanha, Dinamarca e Itália), na África (Moçambique) e na América Latina (Argentina, Uruguai e Chile).

Embora a TCI venha se expandido a cada dia, tanto nacional quanto internacionalmente, em 2010, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, ela foi aprovada como uma política pública prioritária nacional.

A partir de sua inserção no âmbito do SUS, em 2008, a Terapia Comunitária passa a ser reconhecida como uma ação complementar para atenção integral à saúde, principalmente relacionada à saúde mental (AZEVEDO et al., 2013; BRASIL, 2008), por tratar-se de uma

ferramenta complementar capaz de reforçar a rede de apoio, criar espaços de inclusão e valorização da heterogeneidade, resgatando a história cultural e pessoal do ser humano (BARRETO et al., 2011).

A intenção de expandir tal prática como ferramenta ao cuidado tem, como pretensão, a qualificação de profissionais da área e de lideranças comunitárias como rede de apoio à atenção primária à saúde, no intuito de contribuir para a mudança das políticas – de uma perspectiva assistencialista para uma perspectiva de participação comunitária e solidária (AZEVEDO et al., 2013; BARRETO et al., 2011). Em busca dessa qualificação foi que, a partir de 2007, firmaram-se parcerias entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura e os municípios interessados (convênio 3363/2007 e 2397/2008), afim de dar oportunidade para a formação de mais 2.000 terapeutas comunitários da Estratégia Saúde da Família e da Rede SUS, distribuídos em 253 municípios, em todas as regiões brasileiras, num total de 34 turmas, destacando-se a região Sudeste, com mais profissionais da atenção básica capacitados (664), seguida das regiões Nordeste (630) e Sul (591) (BARRETO et al., 2011).

Um estudo apontou que em 2016, a TCI estava presente em 1.336 equipes da Atenção Primária à Saúde, o que representou 10,7% no número de equipes que ofertam a TCI nesses serviços de saúde (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

A experiência do uso desta terapia tem se mostrado relevante no âmbito da atenção primária à saúde. Estudos têm enfatizado sua importância neste contexto, tanto envolvendo a comunidade quanto os profissionais, contribuindo ativamente nas mudanças de suas vidas, possibilitando ainda um espaço para discussão, reflexão e mudanças na atenção à saúde, em especial aos cuidados em saúde mental (CORDEIRO et al., 2011; FERREIRA FILHA, LAZARTE, DIAS, 2019; MORAIS, DIAS, 2013; SOBREIRA, MIRANDA, 2013).

Além do campo de atuação desta terapia na atenção básica de saúde, destaca-se a importância do seu uso na abordagem da prevenção à reabilitação do uso de SPA, quer seja priorizando o acolhimento do usuário de SPA e seus familiares, quer seja apoiando os profissionais de saúde que trabalham neste contexto.

Em 2004, o uso desta terapia passou a ser aplicada para atender as demandas referente as SPA psicoativas, a partir do convênio 16/2004 firmado entre a SENAD e a Universidade Federal do Ceará, proporcionando condições para a capacitação de 800 terapeutas comunitários de vários estados brasileiros (BARRETO et al., 2011). O propósito desta capacitação era utilizar a terapia comunitária como uma ferramenta que contribuísse na prevenção do uso de drogas e

auxiliasse na adesão ao tratamento dos usuários e na inserção do sujeito na família e/ou na comunidade (BRASIL, 2006_b; BRASIL, 2008).

A Secretaria Nacional Antidrogas lançou uma cartilha descrevendo a aplicação da TCI no âmbito da prevenção ao uso de drogas, apontando esta terapia como uma ferramenta que possibilita a efetivação de ações de âmbito comunitário nas políticas públicas destinadas à redução da demanda do consumo de drogas, pois a TCI pode intervir desde a antecipação do consumo; no acolhimento das pessoas usuárias de drogas e seus familiares; na identificação de usuários que apresentem interesse em se tratar, oferecendo a eles os meios disponíveis de tratamento; no oferecimento de apoio necessário, para contribuir na adesão e na permanência do sujeito em tratamento, consequentemente propiciando resgate da sua rede social (BRASIL, 2006_b).

No meio científico, já foi relatada a aplicação da TCI no contexto do uso de drogas em duas publicações.

A primeira, um estudo etnográfico realizado no Ceará, que teve como objetivo identificar potencialidades da TCI como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária, sob a perspectiva de um usuário que apresentou, nos relatos, experiências advindas de problemas derivados do álcool, revelando que a TCI constitui-se uma estratégia efetiva na abordagem dos problemas psicossociais associados ao uso desta droga, por proporcionar no participante o empoderamento pessoal e comunitário, o fortalecimento dos vínculos e da reinserção social, o autoconhecimento e a formação de vínculos sociais significativos (GIFFONI; SANTOS, 2011). Embora 20 pessoas tenham participado inicialmente das rodas, relatando os problemas advindos direta ou indiretamente do uso de álcool e/ou de outras drogas, os autores do estudo optaram por selecionar apenas um desses participantes, para aprofundar o estudo. A partir dos relatos desse participante, os autores puderam inferir que houve benefícios do uso desta terapia na vida deste usuário.

A segunda publicação, um estudo documental realizado em 776 fichas de informações da TCI, consultadas em 2008, em João Pessoa, PB, teve como objetivo identificar as estratégias utilizadas por mulheres idosas no enfrentamento ao alcoolismo na família, a partir dos depoimentos espontâneos expressados no momento final das rodas, revelando que a TCI representou, para as participantes, uma forma de enfrentamento às adversidades provocadas pelo alcoolismo na família, contribuindo para o fortalecimento de vínculos e para a capacidade de ser resiliente (FERREIRA FILHA et al., 2012). Este estudo limitou-se à avaliação retrospectiva de fichas de registro das rodas, a partir dos registros de terapeutas sobre a execução das rodas, não sendo incluídas as narrativas dos participantes.

Em ambos os estudos, não houve o aprofundamento da problemática do uso de SPA, por meio de instrumentos que mensurem sua efetividade, quer seja realizada em espaço comunitário ou de tratamento para dependência de drogas, seja ele em modalidade aberta (ex. CAPS AD) ou fechada (ex. Comunidade Terapêutica).

Por outro lado, os estudos revelam o uso desta terapia no contexto do consumo de SPA, despertando para o que as práticas integrativas e complementares podem contribuir na vida de seus participantes, tornando-os protagonistas de seu processo de tratamento ou como forma de apoio à família e à comunidade na qual o consumo de drogas acarreta em prejuízos.

Diante da importância dessa ferramenta do cuidado complementar na vida dos terapeutas e dos usuários foi que Barreto e colaboradores (2011) apontaram, em seu estudo, a TCI como uma ferramenta que tem contribuído na redução da demanda por serviços especializados; na diminuição da medicalização do sofrimento; na triagem do que a própria comunidade pode acolher e cuidar e do que precisa ser encaminhado; e na construção de redes de apoio social que tornem o indivíduo e a comunidade mais autônomos e menos dependentes dos especialistas e das instituições especializadas.

A Terapia Comunitária não tem como proposta realizar o tratamento das dependências, mas pode contribuir de forma significativa em cada uma das suas etapas, atuando diretamente junto aos usuários ou, de forma indireta, através de ações com suas famílias, com a comunidade e em conjunto com os profissionais de saúde (BRASIL, 2006b).

Dessa forma, essa terapia constitui-se numa metodologia importante na atenção às questões relativas ao uso de álcool e outras drogas no contexto comunitário, sendo descrita como um recurso afetivamente preventivo e reabilitativo que visa à melhoria das condições de vida e à promoção geral da saúde (BRASIL, 2006b).

Neste estudo, analisando os referenciais que a TCI utiliza e o arranjo desses saberes enquanto produção, parece estar inserida no contexto das denominadas tecnologias de trabalho, conforme a descrição de Emerson E. Merhy, como um certo modo de agir no sentido “de ofertar produtos e obter deles resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário individual e coletivo” (MERHY, 1997). Este autor entende que, para o cuidado em saúde, além dos instrumentos e conhecimento técnico provenientes de tecnologias mais estruturadas, o das relações é fundamental para a produção desse cuidado. Parte então do pressuposto de que esse trabalho é sempre relacional, pois depende do trabalho no momento em que o mesmo está em produção.

Particularmente, interessam à presente pesquisa as relações intercessoras (termo que designa o que se produz na relação entre sujeitos no espaço de suas intercessões, um produto

existente para os dois em ato e no momento da relação em processo) que se estabelecem na relação do trabalho em saúde. A essas ações, Merhy denominou de tecnologias leves, considerando o seu caráter relacional, colocada como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos envolvidos com a produção do cuidado, trata-se, então, do trabalho “vivo” (MERHY, 2002).

No caso da TCI, ela se constitui como uma tecnologia leve do cuidado, pois trabalha com um projeto terapêutico relacional com os participantes e enfatiza não só o seu problema de saúde, mas a sua história pessoal (origem social, relações comunitárias e familiares e subjetividade) e busca a incorporação do conhecimento pelos participantes com vistas a aquisição de autonomia no seu cuidado e para viver a vida.

No item que se segue, será apresentada uma revisão integrativa dos estudos com o uso da intervenção baseado na TCI no apoio às necessidades e ao sofrimento de vários grupos que compõem a população.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo contribuir no preenchimento de algumas lacunas constatadas na literatura nacional e internacional sobre a aplicabilidade e efeitos da TCI junto a usuários de SPA residentes em comunidades terapêuticas. Destaca-se o caráter inovador deste estudo, por ser o primeiro no mundo conduzido em instituições fechadas, religiosas e destinadas ao tratamento para dependência química, com a utilização da TCI.

Os resultados confirmam as hipóteses de que o uso do programa de intervenção baseado na TCI resultou na diminuição dos níveis de depressão e na estabilização dos níveis de ansiedade, assim como contribuiu na melhora da autoestima e autoeficácia, quando comparado ao estágio inicial. Tais achados revelam o potencial terapêutico da TCI junto a esse grupo, e apontam essa tecnologia de cuidado como importante recurso terapêutico no acolhimento e redimensionamento das demandas em saúde mental ligadas à dependência química durante o tratamento. Observou-se também que a TCI estabeleceu um ambiente de cuidado favorável a participação, integração, apoio e responsabilização dentro das comunidades terapêuticas, ao propiciar aos usuários a liberdade para se expressar e o acolhimento de seus sofrimentos.

Neste estudo, foi utilizado um protocolo de aplicação de seis rodas/sessão de TCI, o que se mostrou efetivo, pois os achados demonstraram que a maior participação do usuário nas rodas de TCI influenciou com melhores resultados. Desta forma, sugerimos esse protocolo para pesquisas futuras a serem realizadas com usuários de SPA em tratamento, especialmente nas áreas de promoção de saúde mental.

No estudo, a TCI foi desenvolvida por três enfermeiros capacitados e mostrou ser uma ferramenta de cuidado efetiva. Acredita-se que a TCI possa ser incluída no repertório terapêutico dos enfermeiros junto aos usuários de SPA, ampliando as possibilidades de cuidado. Além de contribuir diretamente com esses grupos, a TCI como uma tecnologia leve do cuidado em saúde, acessível e de baixo custo tende a fomentar a visibilidade das práticas integrativas para enfermagem, bem como valorizar a história de vida, cultura e crenças como elementos fundamentais nas relações de cuidado.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se o tamanho amostral e a inclusão de apenas uma localidade. Por outro lado, a ausência de pesquisas dessa natureza na região Centro-Oeste do Brasil e a pequena parcela de enfermeiros que utilizam/aplicam a TCI no seu cotidiano assistencial para esse perfil de usuários de SPA, seja em uso de risco, abuso ou dependência, o que abre caminhos para novas investigações em prol da ciência do cuidado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M. L. M. Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. **Psicologia em revista**, v. 17, n. 3, p. 445-64, 2011.
- ALMEIDA, J. R. et al. O enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 18, p. e77-e77, 2019.
- ALMEIDA, R. B. F. et al. O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 745-56, 2018.
- ALTAMIRANO, M. V.; HERNANDEZ, J. L. A.; GARCIA, A. L. M. Assertividade e uso de drogas entre estudantes mexicanos. **Acta Colombiana de psicología**, v. 15, n. 1, p. 131-41, 2012.
- ALVES, D. G. L. et al. The positive impact of physical activity on the reduction of anxiety scores: a pilot study. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 3, p. 434-440, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014, 992p.
- ANDRADE, J. V.; ARAÚJO, D. C. O uso da terapia comunitária como estratégia para apoiar estudantes. **Vivências**, v. 15, n. 28, p. 165-170, 2019.
- ANDRADE, F. B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & contexto enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 129-136, 2010.
- ANDRETTA, I. et al. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em usuários de drogas em tratamento em Comunidades Terapêuticas. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 361-373, 2018.
- ANGELIM, S. M.; VALLADARES-TORRES, A. C. The design “rain metaphor” as an instrument of therapeutic communication of problematic drug addiction. **Revista Científica de Arteterapia - Cores Vida**, v. 26, n. 1, p. 48-57, 2019.

ARAÚJO, M. Â. M. et al. A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 71-76, 2018.

ARÓN, A. M.; MILICIC, N. **Viver com os outros: Programa de desenvolvimento de habilidades sociais**. Campinas, SP: Psy, 1994, 144p.

ÁVILA, A. C. et al. Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). **Aletheia**, n. 49, 2016.

AYRES, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. A. S. **BioEstat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas**. Versão 5.0, 2007.

AZEVEDO, E. B. et al. Pesquisas Brasileiras sobre Terapia Comunitária Integrativa. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 114-20, 2013.

BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. **American psychologist**, v. 44, n. 9, p. 1175, 1989.

BARRETO, A. P. A. et al. **inserção da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na ESF/SUS**. Fortaleza: Ministério da Saúde/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura Convênio nº2397/2008, 2011, 75p.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo**. 3ª. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008, 407p.

BARROS, B. A. et al. Desvelando o universo das drogas entre adolescentes. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 15, p. 189-94, 2016.

BARTHOLOMEU, D. et al. Avaliação da Ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 34, n.87, p. 352-370, 2014.

BAUMEISTER, R. F. et al. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? **Psychological science in the public interest**, v. 4, n. 1, p. 1-44, 2003.

BEZERRA, I. N. M. et al. Práticas integrativas e complementares em saúde junto a profissionais da atenção primária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.

BICHIR, R.; SIMONI JUNIOR, S.; PEREIRA, G. Sistemas nacionais de políticas públicas e seus efeitos na implementação o caso do Sistema Único de Assistência Social (Suas). **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 35, n. 102, 2020.

BISCH, N. K. et al. Telephone counseling for Young Brazilian cocaine and/or crack users. Who are these users? **Jornal de Pediatria**, v. 95, n.2, p. 209-216, 2019.

BOJORQUEZ, I. et al. Factors associated with retention in faith-based drug treatment centers in the Mexican-American border. **Salud mental**, v. 41, n. 4, p. 169-177, 2018.

BOSKA, G. A. et al. Leitos em centro de atenção psicossocial álcool e drogas: análise e caracterização. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 71, n. suppl 5, p. 2382-88, 2018.

BRAGA, J. E. F. et al. Jogos cooperativos e relaxamento respiratório: Efeito sobre craving e ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 5, p. 403-407, 2016.

BRAGA, L. A. V. et al. Terapia Comunitária e Resiliência: histórias de mulheres. 2009.

BRANDEN, N. The six pillars of self-esteem New York. NY: **Bantam Books**, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas**. Presidência da República. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002, 98p.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC: atitudes de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 92p.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **A prevenção do uso de drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006, 27p.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Ministério da Saúde. Fortaleza-CE, 2008, 73p.

_____. Casa Civil. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010, 5p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, 2011, 7p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Saúde mental, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 176p.

_____. Ministério da saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2 ed Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos HumizaSUS. Volume 5. Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 550p.

BRASIL. CONAD. Resolução CONAD nº 01 de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 28 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017**. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 7p.

_____. **Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 09 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 182p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf>. Acesso em: 03 Jan. 2020.

_____. Ministério da Cidadania. **Decreto n. 9.674, de 2 de janeiro de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília: Ministério da Cidadania, 2019, 101p.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRETANHA, A. C. et al. Perfil pragmático longitudinal de uma criança no espectro da neuropatia auditiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 2, p. 226-232, 2011.

CABALLO, V. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais (ML Marinho, Trad.). **São Paulo: Livraria Santos (Trabalho original publicado em 1993)**, 2003.

CAMARGOS, G. L.; CORRÊA, A. A. The use of auriculoacupuncture in the treatment of chemical dependence. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 1, p. 9-18, 2016.

CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2015.

CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. Escala de percepção do suporte social-versão adulta: um estudo pela Teoria de Resposta ao Item. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 4, p. 467-476, 2014.

CARDOSO, H. F.; BAPTISTA, M. N. **EPUS-A Escala de Percepção do Suporte Social: adulto**. São Paulo: Hogrefe CETEPP, 2016, 28p.

CARLINI, E. A. et. al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006, 473p.

CARVALHO, M. A. P.; ROMERO, R. O. G.; FERREIRA FILHA, M. O. Terapia comunitária no Centro de Apoio Psicossocial: Concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE Online**, v. 7, n. 5, p. 4389-94, 2013.

CARVALHO, M. R. S. et al. Motivações e repercussões do consumo de crack: o discurso coletivo de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. e20160178, 2017.

CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2028-38, 2013.

CASTRO NETO, A. G.; SILVA, D. C. N.; FIGUEIROA, M. S. Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. **Trends psychiatry psychother**, v. 38, n. 4, p. 227-233, 2016.

CAVAGGIONI, A. P. M.; GOMES, M. B.; REZENDE, M. M. O tratamento familiar em caso de dependência de drogas no Brasil: Revisão de literatura. **Revista Mudanças – Psicologia Saúde**, v. 25, n. 1, p. 49-55, 2017.

CESARIO, R. R.; CESARIO, M. Resenha do livro: Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência. **Revista brasileira de educação médica**, v.43, n.1 Supl.1, p.708-11, 2019.

CHAIM, C. H.; BANDEIRA, K. B. P.; ANDRADE, A. G. **Fisiopatologia da dependência química**. **Revista médica (São Paulo)**, v. 94, n. 4, p. 256-62, 2015.

CHAN, G. C. K. et al. Longitudinal patterns of amphetamine use from adolescence to adulthood: a latent class analysis of a 20-year prospective study of Australians. **Drug and alcohol dependence**, v. 194, n. 1, p. 121-127, 2019.

CHAN, Y. Y. et al. Clinical efficacy of acupuncture as an adjunct to methadone treatment services for heroin addicts: a randomized controlled trial. **The American journal of Chinese medicine**, v. 42, n. 03, p. 569-586, 2014.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 6ª ed. Editora Vozes, 2018, p.144.

CISNEIROS, V. G. F. et al. Percepção dos profissionais de saúde e comunitários em relação à terapia comunitária na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 15, n. 4, p. 468-78, 2012.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress and the buffering hypothesis. **Boletín de la oficina sanitaria Panamericana**, v.98, p.310-57, 1985.

COLOMAR, M. et al. Barriers and promoters of an evidenced-based smoking cessation counseling during prenatal care in Argentina and Uruguay. **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 7, p. 1481-89, 2015.

CONFENACT. Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas. Edital de vagas em Comunidade Terapêutica – SENAD 2018, publicado em 25 de abril de 2018. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/?p=728/>

CORDEIRO e SILVA B. L. et al. Participation of Family members in the treatment of alcohol and drug users from the psychosocial care center. **Rev. bras. pesq. saúde**, v. 14, n. 4, p. 61-68, 2012.

CORDEIRO, R. C. et al. Terapia Comunitária Integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 9, n. 2, p. 192-201, 2011.

CORRADI-WEBSTER, C. M; GHERARDI-DONATO, E. C. S. Fatores associados ao consumo problemático de drogas entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 24, n. 2815, p. 1-10, 2016.

COSTA, C. T. S. et al. Intervenção motivacional breve no cuidado à saúde do usuário de substância hospitalizado. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p. 25-29, 2015.

CRESWELL, J. W. **Research design: quantitative, qualitative and mixed methods approaches**. 4th ed. Sage Publications, CA; 2014, 273p.

CUI, C. et al. Brain pathways to recovery from alcohol dependence. **Alcohol**, v. 49, n. 5, p. 435-452, 2015.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016, 156p.

CYBULSKI, C. A.; MANSANI, F. P. Análise da Depressão, dos fatores de risco para sintomas depressivos e do uso de antidepressivos entre acadêmicos do curso de medicina da universidade Estadual de Ponta Grossa. **Revista brasileira de educação médica**, v. 41, n. 1, p. 92-101, 2017.

DAFNY, N.; ROSENFELD, G. C. Neurobiology of Drugs of Abuse. **Conn's Translational Neuroscience**. p. 715-722, 2017.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de saúde pública**, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

DANIELI, R. V. et al. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 139-149, 2017.

DE LEON, G. A. **Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Ed. Loyola, 2003, 479p.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência social e habilidades sociais: manual teórico-prático**. Petrópolis: Vozes, 2017, 256p.

DEVÓGLIO, L. L. et al. Tabagismo em mulheres profissionais do sexo: prevalência e variáveis associadas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 1, p. 6-13, 2017.

DOMINGUES, S. G. O ato médico como interação simbólica. **Revista portuguesa de medicina geral e familiar**, v. 35, p.496-500, 2019.

DRAGHI, T. T. G. et al. Symptoms of anxiety and depression in children with developmental coordination disorder: a systematic review. **Jornal de pediatria**, v. 96, n. 1, p. 8-19, 2020.

ESLABÃO, A. D. et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 1, p. e199101, 2019.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway**. The State of the drugs problem in Europe, 2004, 104p.

FALCK, R. S. et al. The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 34, n. 3, p. 281-88, 2002.

FELIX JUNIOR, I. J. et al. Motivação para mudanças no uso de substancias entre usuários de drogas encaminhados pela justiça. **Trends Psychologia**, v. 26, n. 3, p. 1363-78, 2018.

FERNÁNDEZ, A. G.; WALDMÜLLER, J.; VEGA, C. Comunidad, vulnerabilidad y reproducción em condiciones de desastre. Abordajes desde América Latina y el Caribe Presentación del dossier. **ÍCONOS Revista de Ciencias Sociales**, v. XXIV, n. 66, p. 7-29, 2020.

FERNÁNDEZ, A. J. M. El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales. **Revista Adicción Ciencia**, v. 1, n. 4, p. 1-13, 2011.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. et al. Determinants and structural relation of perceived personal efficacy to perceived collective efficacy. **Applied Psychology: an international review**, v. 51, n. 1, p. 107-125, 2002.

FERRAZ, I. S. et al. Expansión de las prácticas integrativas y complementarias en Brasil y el proceso de implantación en el Sistema Único de Salud. **Revista Enfermería Actual**, v. 38, p. 1-13, 2020.

FERREIRA FILHA, M. O.; CARVALHO, M. A. P. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 232-239, 2010.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. A Terapia Comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 964-70, 2009.

FERREIRA FILHA, M. O. et al. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 26-35, 2012.

FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. **Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento** (Org). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. 2013, p.188-206.

FERREIRA FILHA, M. O; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. **Terapia comunitária integrativa e a pesquisa ação/intervenção: estudos avaliativos**. João Pessoa: editora universitária da UFPB, 2019, p. 266.

FERREIRA FILHA, M. O.; LAZARTE, R.; BARRETO, A. P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.17, n.2, p. 155-162, 2015.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. e00070515, 2016.

FERRO, L. R. M.; OLIVEIRA, A. J. A filosofia das comunidades terapêuticas: percepções de usuários do serviço. **Revista Uniandrade**, v. 29, n. 02, p. 1986-2019, 2018.

FERTIG, A. et al. Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 310-16, 2016.

FIESTAS, F.; PONCE, J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 29, n. 1, p. 12-20, 2012.

FIGUEIRÓ, L. R. et al. Avaliação de mudanças na dependência da nicotina, motivação e sintomas de ansiedade e depressão em fumantes no processo inicial de redução ou cessação do tabagismo: estudo de seguimento de curto prazo. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 35, n. 3, p. 212-20, 2013.

FISHER, S. et al. Pathway of protection: Ethnic identity, self-esteem, and substance use among multiracial youth. **Addictive Behaviors**, v. 72, p. 27-32, 2017.

FITZGERALD MILLER J. Hope: a construct central to nursing. **Nursing Forum**, v. 42, n.1, p.12-9, 2007.

FLYNN, P. M.; BRONW, B. S. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. **Journal of substance abuse treatment.**, v. 34, n. 1, p. 36-47, 2008.

FONAGY, P. The theory and practice of resilience. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 35, n. 2, p. 231-257, 1994.

FORMIGA, N. S. Transtorno no uso do álcool e autoestima: verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais. **Mudanças**, v. 22, n. 1, p. 9-19, 2014.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996, 76p.

FREITAS, J. A. S.; ARAÚJO JÚNIOR, C. M. P. Perfil de usuários das comunidades terapêuticas do município de Aracati. **Socializando**, v. 1, n. 2, p. 9-21, 2014.

FUENTES, M. Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p.170-81 , 2011.

GALVÃO, A. et al. Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 5, n. esp, p. 8-12, 2017.

GARCÍA, N. A. A.; AGUILAR, L. R.; FACUNDO, F. R. G. Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. **SMAD: Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**, v. 4, n. 1, p. 1-16, 2008.

GIFFONI, F. A. O.; SANTOS, M. A. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. Spe, p. 821-30, 2011.

GOMES, A. M. S.; ABRAHÃO, A. L.; SILVA, A. P. A. Contributions of an intervention research for nursing care to drug users. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 4, p. 3487-3495, 2015.

GOMES-VALÉRIO, J. O. **Escala de Autoeficácia Geral Percebida**. Instrumento de livre acesso, 2016. Disponível em: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/brazilian.pdf>

GORENSTEIN, C. et al. **Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014, 156p.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.; HUNGERBUHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016, 500p.

GUIMARÃES, F. J.; FERREIRA FILHA, M. O. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 404-14, 2006.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 101-08, 2008.

GUZMÁN-FACUNDO, F. R. et al. El consumo de drogas como una práctica cultural dentro de las pandillas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. Spe, p. 839-47, 2011.

HAINES-SAAH RJ et al. ‘Parents are the best prevention’? Troubling assumptions in cannabis policy and prevention discourses in the context of legalization in Canada. **International journal of drug policy**, v. 68, p. 132-138, 2018.

HALPERN, S. C. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de *crack* de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. e00037517, 2017.

HAPANGAMA, A.; KURUPPUARACHCHI, K. A. L. A.; PATHMESWARAN, A. Substance use disorders among mentally ill patients in a General Hospital in Sri Lanka: prevalence and correlates. **Ceylon medical journal**, v. 58, n. 3, p. 111-115, 2013.

HARTMANN, R. **Detalhamento do encontro dos representantes de Comunidades Terapêuticas do Brasil com a presidente Dilma Roussef** [online]. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://grupodeapoioiogadefacruzazul.blogspot.com/2011/07/encontro-comunidades-terapeuticas-do.html>>. Acesso em: 11 de Mai. de 2019.

HENRIQUE BD. et al. The use of crack and other drugs: the perception of family members in relation to the support network in a reference center. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3453–62, 2018.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, M. P. **Metodologia de pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013, 624p.

HERRERO, M. J. et al. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. **Addiction**, v. 103, n. 2, p. 284-93, 2008.

HESS, A. R. B.; ALMEIDA, R. M. M. Female crack cocaine users under treatment at therapeutic communities in southern Brazil: characteristics, pattern of consumption, and psychiatric comorbidities. **Trends psychiatry psychother**, v. 41, n. 4, p. 369-374, 2019.

HEWITT, J. P. **Self-Esteem**. In Lopez, S. J. Encyclopedia of positive psychology, v. 2, p. 880-86. Malden MA: Wiley-Blackwell, 2009.

HOCH, E. et al. Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 112, p. 271–78, 2015.

HOLANDA, V. R.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. A Experiência da terapia comunitária como estratégia de cuidado pré-natal. **Revista de enfermagem UFPE Online**, v. 5, n. 5, p. 1129-1137, 2011.

HOLANDA VR, DIAS MD, FERREIRA FILHA MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 1129-36, 2007.

HORTA, R. L. et al. Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 21, n. suppl 1, p. e180007, 2018.

HUTZ, C. S. **Avaliação em psicologia positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014, 151p.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.

JATAI, J. M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 691-5, 2012.

KARATAY, G.; BAŞ, N.G. Factors affecting substance use and self-efficacy status of students in eastern Turkey. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1317-1326, 2019.

KOHN, R. **La brecha de tratamiento en la Región de las Américas**. Washington: DC, 2013, 81p.

KRAWCZYK, N.; VELOSO FILHO, C. L.; BASTOS, F. I. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. **Harm reduction journal**, v. 12, n. 24, p. 1-12, 2015.

LACERDA, BM. et al. Perfil de usuários de drogas em centros terapêuticos do estado do Rio Grande do Norte. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 1, p. 54-65, 2015.

LANDINI, F.; COWES, V. G.; D'AMORE, E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 231-244, 2014.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.

LATKIN C. et al. The relationship between drug user stigma and depression among inner-city drug users in Baltimore. **Journal of urban health**, v. 90, n. 1, p. 147-56, 2013.

LAURITO JAS, NASCIMENTO VF, LEMES AG. Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental. **Cadernos UniFOA**, v. 37, p. 115-122, 2018.

LAZARTE, R. Sociología y terapia comunitaria integrativa. **Revista uruguaya de enfermería**, v. 7, n. 1, p. 67-76, 2015.

LEMES, A. G. et al. Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, n. e-APE20190, p. 1-8, 2020.

LEMES, A. G. et al. Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. **SMAD: Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**, v. 13, n. 2, 2017.

LESSA, A. M. et al. Successful experience: Implementation of Integrative and Complementary Practices in the Duque de Caxias (RJ) municipal network. **Brazilian Journal of health Review**, v. 2, n. 4, p. 2847–50, 2017.

LIMA, D. W. C. et al. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. **SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**, v. 14, n. 3, p. 151-58, 2018.

LIMA, D. W. C. et al. The meaning and relations of elderly with drugs. **SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**, v. 13, n. 3, p. 132-139, 2017.

DE LIMA SILVA V. et al. Quality of Life, Integrative Community Therapy, Family Support, and Satisfaction with Health Services Among Elderly Adults with and without Symptoms of Depression. **Psychiatric quarterly**, v. 88, n. 2, p. 359–69, 2017.

LONGO, M. A. T. A Dependência de Substâncias Psicoativas na Perspectiva da Comunidade Terapêutica. **Journal of health science**, v. 17, n. 4, p. 296-291, 2015.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2018.

LOURES, B. P.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. As redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n.1 p. 29-39, 2016.

LUCIETTO, G. C. et al. Terapia Comunitária Integrativa: construção da autonomia de famílias de crianças renais. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 58, p. 57-62, 2018.

LUISI, L. V. V. **Terapia comunitária: bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação. 2006. 231 f.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MACÊDO, O.; PESSOA, M. C. B.; ALBERTO, M. F. P. Atuação dos profissionais de psicologia junto à infância e à adolescência nas políticas públicas de assistência social. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 35, n. 3, p. 916-931, 2015.

MACHADO, M. N. M. **Práticas psicossociais. Pesquisando e intervindo.** Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2004.

MADALENA, T. S.; SARTES, L. M. A. Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 1, p. 21-36, 2018.

MALDONADO, R. M. et al. Auto-estima, auto-eficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n.esp, p.1-8, 2008.

MARCIANO, M. A.; VACCARO, G.; SCAVARDA, A. Quality of the public health system: a systemic comprehension in Brazilian southern region. **Gestão & Produção**, v. 26, n. 1, p. e1626, 2019.

MAREL, C. et al. Conditional probabilities of substance use disorders and associated risk factors: Progression from first use to use disorder on alcohol, cannabis, stimulants, sedatives and opioids. **Drug and alcohol dependence**, v. 194, p. 136-142, 2019.

MARIN, A. H.; PEUKER, A. C.; KESSLER, F. H. P. Sociodemographic characteristics, school performance, pattern of consumption and emotional health as risk factors for alcohol use among adolescents. **Trends in Psychology**, v. 27, n. 1, p. 279-292, 2019.

MARSDEN, V. F. M. G. Comorbidades entre dependência química, distímia, HIV e HCV: relato de caso. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 31-33, 2009.

MASLOW, A. **Motivación y personalidad, Barcelona**. ed. Diaz de Santos, 1970, 436p.

MATOS, M. L. et al. Integrative community therapy and its meaning for student life. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 83, p. 1-12, 2017.

MATURANA, H. R.; VERDEN-ZÖLLER, G. **Amar e brincar: Fundamentos esquecidos do humano—Do patriarcado à democracia**. São Paulo: Palas Athenas, 2004. 272p.

MAZALLI, J.; PETREÇA, D. R.; CAMPOS, R. The use of singing as a therapeutic in respiratory rehabilitation in institutionalized elderly. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 31-46, 2019.

MELO, S. P. et al. Community impact of integrative therapy for renal patients people during session hemodialysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2200-2214, 2015.

MELO, V. F. C. et al. A Valorização da terapia comunitária integrativa como prática efetiva do SUS. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 17, n. 3, p. 51-56, 2019.

MENDES, D. S. et al. Benefits of integrative and complementary practices in nursing care/Benefícios de las prácticas integrativas y complementarias en el cuidado de enfermería. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 302-318, 2019.

MENEZES JÚNIOR, J. O. et al. O impacto positivo na produção do cuidado e atenção em saúde mental através da Terapia Comunitária Integrativa. **Temas em Saúde**, v. 19, n. 4, p. 193-216, 2019.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. 1997. Disponível em: <https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145/>. Acesso em 19 de Set 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec São Paulo: Hucitec; 2002, 192p.

MESA-FERNÁNDEZ, M. et al. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 115-124, 2019.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MORAIS, F. L. S. L.; DIAS, M. D. **Rodas de Terapia Comunitária: espaços de mudanças para profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. In: Ferreira Filha, M. O.; Lazarte, R.; Dias, M. D. *Terapia Comunitária Integrativa: uma construção coletiva de conhecimento* (Org). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, p.159-87, 2013.

MOURA, S. G. et al. A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 1, p. 329-338, 2012.

MOURA, S. G. et al. Social representations of integrative community therapy by the elderly. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e55067, 2017.

MOURÃO, L F. et al. Terapia Comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.

MURTA, S. G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

NAPIER, A. D. et al. Culture and health. **The Lancet**, v. 384, n. 9954, p. 1607-1639, 2014.

NASCIMENTO, V. F. et al. Percepción de las mujeres en situación de dependencia química dentro de Mato Grosso, Brasil. **Cultura de los Cuidados**, v. 21, n. 48, p. 33-42, 2017.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v.26, n.1, p. 103-121, 2019.

NUNES, P. C. et al. “Coração de estudante”: a terapia comunitária integrativa no contexto universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2919-2929, 2015.

OLIVEIRA, A. L. B.; MENEZES, T. M. O. Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. Suppl, p. 770-776, 2018.

OLIVEIRA, S. M. et al. Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 4, p. 712-724, 2017.

OLIVEIRA, A. P.; CAPELLINI, V. L. M. F.; RODRIGUES, O. M. P. R. Altas Habilidades/Superdotação: Intervenção em Habilidades Sociais com Estudantes, Pais/Responsáveis e Professoras. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 26, n. 1, p. 125-142, 2020.

OLIVER-SMITH, A. et al. **Investigación forense de desastres: un marco conceptual y guía para la investigación**. Integrated Research on Disaster Risk/Instituto de Geografía, unam, 2016, 107p.

ONTIVEROS-GONZÁLEZ, M. L.; CASIQUE-CASIQUE, L.; DE JESÚS MUÑOZ-TORRES, T. Auriculotherapy as nursing care to decrease the consumption of marijuana and cocaine. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 14, n. 3, p. 136-143, 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia**. Washington, DC: OPS, 2011, 25p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas**. Washington, DC: OPS, 2015, 84p.

PACHECO, A. L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 165-173, 2013.

PAIVA, C. B. et al. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 39, n. 1, p. 34-42, 2017.

PAIVA, H. N. et al. Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 153-159, 2018.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Revista enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 75-0, 2009.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PARDO, L. S.; BOTELLA, F. J. N.; ZURIÁN, J. C. V. **Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura, " Proyecto GENACIS"**. Sociedad Española de Toxicomanías, 2004, 354p.

PAWLINA, M. M. C. et al. Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 101-105, 2014.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487p.

POUDEL, A. et al. Psychosocial problems among individuals with substance use disorders in drug rehabilitation centers, Nepal. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 11, n. 1, p. 28, 2016.

PRADO, F. K. M. et al. Therapeutic follow-up and network intervention as a strategy in psychosocial care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20180161, p.1-7, 2020.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

RAIMUNDO, M. F. R. A. et al. Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e1158, p. 1-11, 2016.

RANGEL, C. T.; DE MIRANDA, F. A. N.; DE OLIVEIRA, K. K. D. Communitarian therapy and nursing: the phenomenon and its context. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3770-3779, 2016.

REMY, L. S. et al. Anxiety and depression symptoms in Brazilian sexual minority ecstasy and LSD users. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, v. 39, n. 4, p. 239-246, 2017.

RUELA, L. O. et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: Revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, state of Rio de Janeiro, Brazil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

RIBEIRO, J. et al. Intervenção da Terapia Ocupacional na toxicodependência: estudo de caso na Comunidade Terapêutica Clínica do Outeiro–Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1585-1596, 2019.

RICARDI, C. A. L.; GARCÍA, M. M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. **Ciências Psicológicas**, v. 10, n. 2, p. 119-127, 2016.

ROCHA, I. A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009.

ROCHA, Z. Esperança não é esperar, é caminhar. Reflexões filosóficas sobre a esperança e suas ressonâncias na teoria e clínica psicanalíticas. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 10, n. 2, p. 255-73, 2007.

ROCHA, I. A. et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 155-162, 2013.

RODRIGUES, G.; ALVES, R. B.; MARTINS, P. R. Relação entre autoeficácia e estratégias de enfrentamento de usuários abstinentes de drogas. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 283-294, 2019.

ROJAS-BARAHONA, C. A.; ZEGERS, B.; FÖRSTER, C. E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. **Revista médica de Chile**, v. 137, n. 6, p. 791-800, 2009.

RONZANI, T. M. et al. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**. Guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, 24p.

RONZANI, T. M. et al. (Org). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. Cortez editora, 2015, 248p.

ROSENBERG, Morris. **Society and the adolescent self-image**. Princeton University Press, 1965, 326p.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Revised Edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press, 1989, 347p.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 314-318, 2012.

SÁ, A. N. P. et al. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2012.

SANCHES, L. R. et al. Meanings of Family Support in the Treatment of Drug Dependence. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 28, e2824, p.1-8, 2018.

SANTOS, P. R. M. et al. Ethical dimension of circle Integrative Community Therapy on qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. Spe2, p. 148-154, 2014.

SANTOS, M. P. G. Comunidades terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos. **Boletim de análise político-institucional. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília, n. 6, p. 42-47, 2014. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6782/1/bapi_6_2014_Comun.pdf

SBICIGO, J. B. et al. Propriedades psicométricas da escala de autoeficácia geral percebida (EAGP). **Psico**, v. 43, n. 2, p. 139-146, 2012.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V.; SANTOS, M. A. Adesão aos princípios da comunidade terapêutica e processo de mudança ao longo do tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 781-796, 2015.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.3, p. 649-659, 2004.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHLEMPER JUNIOR, B. R. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: referencia para la vigilancia sanitaria en comunidades terapéuticas. **Revista Bioética**, v. 25, n. 3, p. 462-472, 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2006.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuarios de crack atendidos en una unidad de emergencia psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, 2011.

SHIELD, K. D.; REHM, J. Global risk factor rankings: the importance of age-based health loss inequities caused by alcohol and other risk factors. **BMC research notes**, v. 8, n. 1, p. 231, 2015.

SILVA, D. L. et al. Perfil Sócio-demográfico e Epidemiológico dos Usuários de Um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, p. 67-79, 2017.

SILVA, K. R.; GOMES, F. G. C. Dependência Química: Resultantes do uso abusivo de substâncias psicoativas. **Revista Uningá**, v. 56, n. S1, p. 186-195, 2019.

SILVA, M. S. et al. Comorbidades psiquiátricas desenvolvidas mais frequentemente aos dependentes químicos—revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 2, n. 4, p. 208-212, 2019.

SILVA, M. Z. et al. Práticas Integrativas impactam positivamente na saúde psicoemocional de mulheres? Estudo de intervenção da Terapia Comunitária Integrativa no sul do Brasil. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 7, n. 12, p. 33-42, 2018.

SILVA, P. P. C. et al. Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 1, p. 3-9, 2019.

SILVA, J. R. S.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA, P. A.; SILVA, M. R. S.; LUZ, G. S. Interações protetoras em famílias de alcoolistas: bases para o trabalho de enfermagem. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 191-196, 2012.

SILVEIRA, C. et al. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2001-2006, 2013.

SINGULANE, B. A. R.; SILVA, N. B.; SARTES, L. M. A. Histórico e fatores associados à criminalidade e violência entre dependentes de crack. **Psico-USF**, v. 21, n. 2, p. 395-407, 2016.

SIQUEIRA, D. F. et al. Reinserção social do indivíduo dependente de crack: ações desenvolvidas pela família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 548-553, 2015.

SOARES, I.; ESSWEIN, G. C.; BENETTI, S. P. C. Motivação para mudança em homens e mulheres dependentes de crack. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 567-580, 2017.

SOBREIRA, M. V. S. S.; MIRANDA, F. A. N. A. **Terapia Comunitária e suas repercussões no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: um estudo representacional.** In: Ferreira Filha, M. O.; Lazarte, R.; Dias, M. D. *Terapia Comunitária Integrativa: uma*

construção coletiva de conhecimento (Org). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, p.188-206, 2013.

SOUSA, L. M. et al. Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, p. 17-26, 2017.

SOUZA, G. M. L. et al. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde–doença. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 682-88, 2011.

SOUZA, K. S. et al. Social reintegration of drug-addicted individuals living in therapeutic communities. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 12, n. 3, p. 171-177, 2016.

SOUZA, L. P. et al. Práticas Integrativas e Complementares no cuidado à saúde mental e aos usuários de drogas. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 38, p. 177-198, 2017.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. Validação da escala de autoeficácia geral percebida. **Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas**, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, 2004.

SOUZA, S. P.; BRONZO, C. Os desafios da gestão territorial na proteção básica em uma metrópole. **Serviço Social & Sociedade**, n. 137, p. 54-73, 2020.

TAETS, G. G. C. et al. Effect of music therapy on stress in chemically dependent people: a quasi-experimental study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, e3115, 2019.

TAYLOR, B. et al. **Alcohol, género, cultura y daños en las américas**. Reporte Final del Estudio Multicéntrico. Washington DC: Pan American Health Organization, 2007, 70p.

TAYLOR, S. E. **Social Support**: A review. The Oxford Handbook of Health Psychology. Ed. Howard S. Friedman, 2011.

TELES JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 174-188, 2018.

THOITS, P. A. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social behavior**, v.23, n.2, p. 145-59, 1982.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **Resumen, Conclusiones y consecuencias en materia de políticas**. Informe mundial sobre las drogas, v.1, 2018, 24p.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **World Drug Report**. New York, 2016, 174p.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Papirus Editora, 2003, 272p.

VEIGA, K. C. G.; FERNANDES, J. D.; SADIGURSKY, D. Relacionamento enfermeira/paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 18, n. 2, p. 322-325, 2010.

WATKINS, K. E. et al. Prevalência e características de clientes com distúrbios co-ocorrentes no tratamento ambulatorial de abuso de substâncias. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 30, n. 4, p. 749-764, 2004.

WATZLAWICK, P.; BEAVIM, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. ed. Cultrix: São Paulo, 1973. 270p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, 2009, 70p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Update and Revision Committee: Cumulative official updates to CID-10. January, 2013, 164p.

ZAGO, F. C.; BREDARIOL, A.C. P.; DE MESQUITA, D. P. A aplicação da terapia comunitária na intervenção com adolescentes: novas estratégias de prevenção e promoção. **Cadernos de Terapia Ocupacional (UFSCar)**, v. 21, n. 2, p. 361-71, 2013.

ZERBETTO, S. R. et al. Discursos de dependentes de substâncias psicoativas sobre sua imagem discursivamente construída. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, e20180196, p.1-8, 2020.