

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 Nº 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, secretaria 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/recepionistas, senhor Ataíde de Oliveira e senhora Adriana Pelegrine, 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, desatracando 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 substancias psicoactivas.** 2020. 220 f. Tesis (Doctorado em Enfermería Psiquiátrica). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad 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, desatascando 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 Inventory of Ansiedad de Beck y el Inventory of 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 Embrace; 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 enfrentamiento 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 ABREVIASÕES

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, Lívia 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 accidental 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 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, consequentemente, 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 credenciarem 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, consequentemente, 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; TELESI 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, consequentemente, 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 auxiliam 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 corresponsabilização 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 fisiológicos (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, Problematização 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.
- Problematização 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 contribuisse 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, 2006b; 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, 2006b).

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, 2006_b).

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, 2006_b).

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.

2. REVISÃO INTEGRATIVA

2. REVISÃO INTEGRATIVA

Considerando que esta revisão integrativa foi elaborada em formato de artigo (LEMES, AG et al. A Terapia Comunitária Integrativa no cuidado em saúde mental) e já tenha sido submetido para avaliação no periódico científico “Revista Brasileira em Promoção da Saúde”, constando como status atual “avaliação” e com a finalidade de respeitar os direitos autorais, caso o manuscrito seja aprovado por esse periódico, é que os exemplares desta tese serão de acesso restrito à comissão julgadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, até que o mesmo seja tornado público, seja por esse ou outro periódico científico.

Assim sendo, apresentamos o manuscrito a seguir contendo todas as etapas de formatação específica da revista.

The screenshot shows the homepage of the Revista Brasileira em Promoção da Saúde. The header features a green background with a white circular logo containing two stylized figures, the text "Revista Brasileira em" above "Promoção", and "da Saúde" below it. Below the header is a navigation bar with links: CAPA, SOBRE, PÁGINA DO USUÁRIO, PESQUISA, ATUAL, ANTERIORES, and NOTÍCIAS. A blue banner below the navigation bar displays the text "Capa > Usuário > Autor > Submissões Ativas" and "SUBMISSÕES ATIVAS". Underneath this, there is a table with columns: ID, MM-DD ENVIADO, SEÇÃO, AUTORES, TÍTULO, and SITUAÇÃO. One row in the table shows ID 10629, MM-DD ENVIADO 09-03, SEÇÃO ART REV, AUTORES Lemes, Nascimento, Rocha, Silva,..., TÍTULO A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, and SITUAÇÃO EM AVALIAÇÃO. Below the table, a section titled "Situação" lists: Situação Em avaliação, Iniciado 09-03-2020, and Última alteração 24-03-2020.

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
10629	09-03	ART REV	Lemes, Nascimento, Rocha, Silva,...	A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	EM AVALIAÇÃO

A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Integrative Community Therapy in mental health care

Terapia Comunitaria Integrativa en atención de salud mental

RESUMO

Objetivo: investigar a produção científica acerca do uso da Terapia Comunitária Integrativa no cuidado em saúde mental. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica realizada em novembro de 2019, com as publicações dos últimos 13 anos, nas bases Base de Dados de Enfermagem, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e *Scientific Electronic Library Online*.

Resultados: Foram encontrados 9382 artigos, dos quais, 17 foram incluídos no estudo. As principais demandas acolhidas nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa estiveram relacionadas com os conflitos familiares, os sentimentos negativos, as perdas, os problemas de saúde e a violência. Com relação às contribuições, participar das rodas proporcionou aos usuários autonomia, aceitação, empoderamento, resiliência e o autocuidado. **Conclusão:** as evidências apontaram que a Terapia Comunitária Integrativa foi utilizada como estratégia de cuidado das demandas em saúde mental em diversos cenários, destacando-a como uma tecnologia leve, a ser aplicada coletivamente na comunidade.

Descritores: Acolhimento; Promoção da Saúde; Saúde Mental; Terapias Complementares.

ABSTRACT

Objective: to investigate the scientific production about the use of Integrative Community Therapy in mental health care. **Method:** this is an integrative review of the scientific literature carried out in November 2019, with the publications of the last 13 years, on the databases Nursing Database, *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* and *Scientific Electronic Library Online*.

Results: 9382 articles were found, of which 17 were included in the study. The main demands received in the Integrative Community Therapy wheels were related to family conflicts, negative feelings, losses, health problems and violence. Regarding contributions, participating in the wheels provided users with autonomy, acceptance, empowerment, resilience and self-care. **Conclusion:** the evidence pointed out that the Integrative Community Therapy was used as a strategy to manage the demands in mental health in several scenarios, highlighting it as a light technology to be applied collectively in the community.

Descriptors: User Embrace; Health Promotion; Mental Health; Complementary Therapies.

INTRODUÇÃO

O cuidar em saúde mental vem se articulando e se propondo desde a reforma psiquiátrica a acolher pessoas em sofrimento ou potenciais ao adoecimento, próximo de seus contextos de vida e família, redirecionando uma prática biomédica e hospitalocêntrica para um cuidado integral e humanizado, a partir de suas redes, recursos comunitários e tecnologias nos diversos níveis de atenção à saúde⁽¹⁾.

Nesse panorama, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) ganham novos olhares e assumem importantes lacunas do cuidado em saúde mental^(2,3), particularmente ao atuar na busca da harmonia entre homem e natureza, respeitar e dialogar com os saberes/culturas da comunidade e promover a autonomia no processo terapêutico, mediante a promoção do autocuidado e estímulo à reinserção social e interação coletiva.

Entre essas práticas, destaca-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), genuinamente brasileira^(4,5), e atualmente presente em 24 países da América do Sul, Europa e África. No Brasil, há mais de 40 polos formadores em TCI, credenciados pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM). Estima-se que já foram capacitados mais de 30.500 terapeutas comunitários, sendo mais de 5.000 trabalhadores da área da saúde, entre muitas lideranças comunitárias⁽⁴⁾.

A partir de 2012, alguns estudos⁽⁶⁻¹⁰⁾ têm reportado a TCI como uma tecnologia leve do cuidado^(6,7,9,10), uma tecnologia de escuta e acolhimento⁽⁸⁾, ou somente como tecnologia do cuidado^(11,12), porém ambos apontando-a como recurso para lidar, redimensionar e manejá-la por uma abordagem sistêmica as necessidades das pessoas, sem excluí-las dos seus espaços sociais, e valorizando o equilíbrio do ser humano⁽¹³⁾. Nos estudos prevalecem a realização de TCI por profissionais de saúde, tanto em ambientes comunitários como em instituições abertas ou fechadas.

No entanto, apesar das evidências clínicas e científicas da TCI, a literatura existente revela particularidades sobre saúde mental pouco conhecidas que podem fundamentar e ampliar a ótica de profissionais de saúde e pesquisadores. E na perspectiva de conhecer essas minuciosidades, este estudo objetivou investigar a produção científica acerca do uso da Terapia Comunitária Integrativa no cuidado em saúde mental.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa⁽¹⁴⁾, de literatura científica realizada a partir da seguinte questão norteadora: Quais as características das produções científicas sobre o uso da TCI, no atendimento das demandas em saúde mental? Por conseguinte, buscou-se na literatura vigente evidências sobre a utilização da TCI no acolhimento das demandas e cuidado em saúde mental da população, com objetivo principal de identificar os grupos em que a TCI são aplicadas, locais de sua aplicação, principais demandas apresentadas e principais contribuições da TCI para os participantes.

Essa revisão buscou responder a seguinte questão de pesquisa: quais as características das produções científicas sobre o uso da TCI, no atendimento das demandas em saúde mental?

A coleta de dados ocorreu no período de 09 a 30 de novembro de 2019, por meio de busca eletrônica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), pela Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), fazendo busca avançada com o operador booliano “OR” e “AND” e as palavras chaves e cruzamentos: práticas integrativas e complementares (OR), terapias complementares (OR), terapia comunitária (OR) e saúde mental (AND).

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos primários que apontaram em seus resultados os benefícios da aplicação da TCI com grupos de pessoas; nos idiomas português (Brasil), espanhol e inglês; publicados no período de 2006 a 2019, disponíveis na íntegra e online. O período determinado de treze anos (Janeiro de 2006 a novembro de 2019) justifica-se pelo tempo da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Brasil, publicada na forma das Portarias nº 971 em 03 de maio de 2006⁽²⁾. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, ensaio teórico/artigo de reflexão, relato de experiência, monografia, dissertação, tese e artigos que abordassem o uso da TCI na visão/percepção dos terapeutas comunitários, gestores ou profissionais de saúde.

A busca foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2019, por três pesquisadores, de forma independente. Foram encontrados 9.382 artigos. O processo de seleção ocorreu inicialmente por meio da leitura do título e do resumo, por dois avaliadores, individualmente. Os artigos aprovados por ambos avaliadores foram incluídos no estudo. Aqueles que apresentaram discordância foram submetidos a terceiro avaliador. Dos artigos encontrados, 58 artigos foram selecionados e 41 excluídos por não atender os critérios de elegibilidade. Assim, a amostra final constituiu-se por 17 artigos, conforme Figura 1.

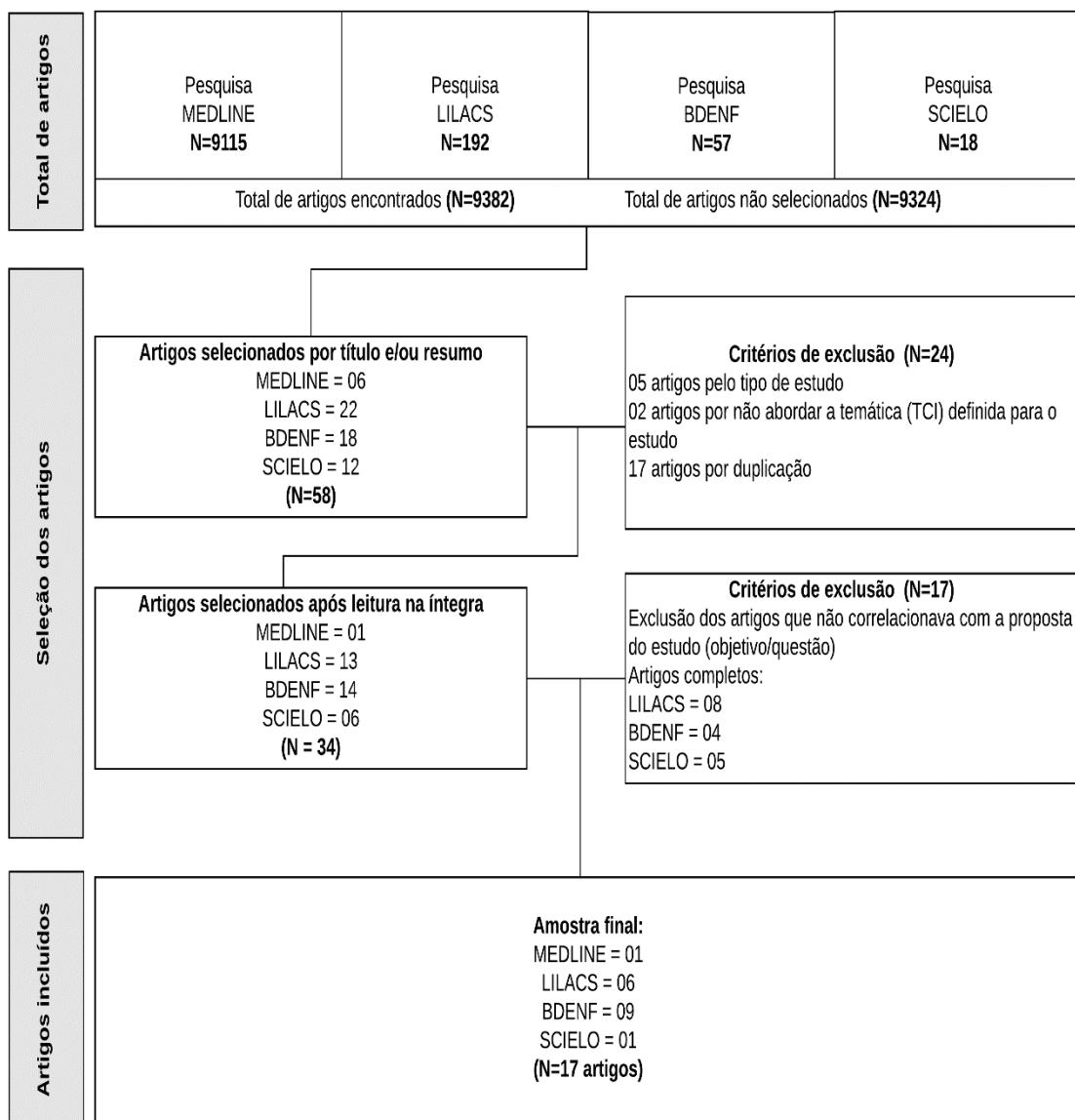


Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019.

Para levantamento dos achados e características dos artigos selecionados, aplicou-se um instrumento elaborado pelos próprios pesquisadores, com variáveis de identificação geral dos artigos (autores, ano, país (região), base de dados e delineamento metodológico) e em relação ao conteúdo e apontamentos dos autores (fonte dos resultados, cenário onde as rodas TCI foram executadas, grupo/participantes das rodas, terapeutas comunitários, objetivos, principais demandas, principais contribuições da participação nas rodas de TCI e principais conclusões). Após essa etapa, os dados obtidos foram sintetizados e agrupados em gráfico e tabela e quadros sinópticos, com aplicação da análise temática⁽¹⁵⁾, e formação das seguintes

categorias “Demandas identificadas nas rodas de Terapia comunitária Integrativa” e “Contribuições da Terapia comunitária Integrativa”.

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa com esse caráter, com utilização de dados secundários, sinalizando e informando todas as fontes, contando com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, sob CAAE: 68444017.8.0000.5393 e parecer nº 2.487.000.

RESULTADOS

A concentração de publicações ocorreu nos anos de 2009-2017, sendo 2011 e 2013 com 18% cada e 2009, 2010, 2012 e 2017 com 12% cada (Gráfico 1).

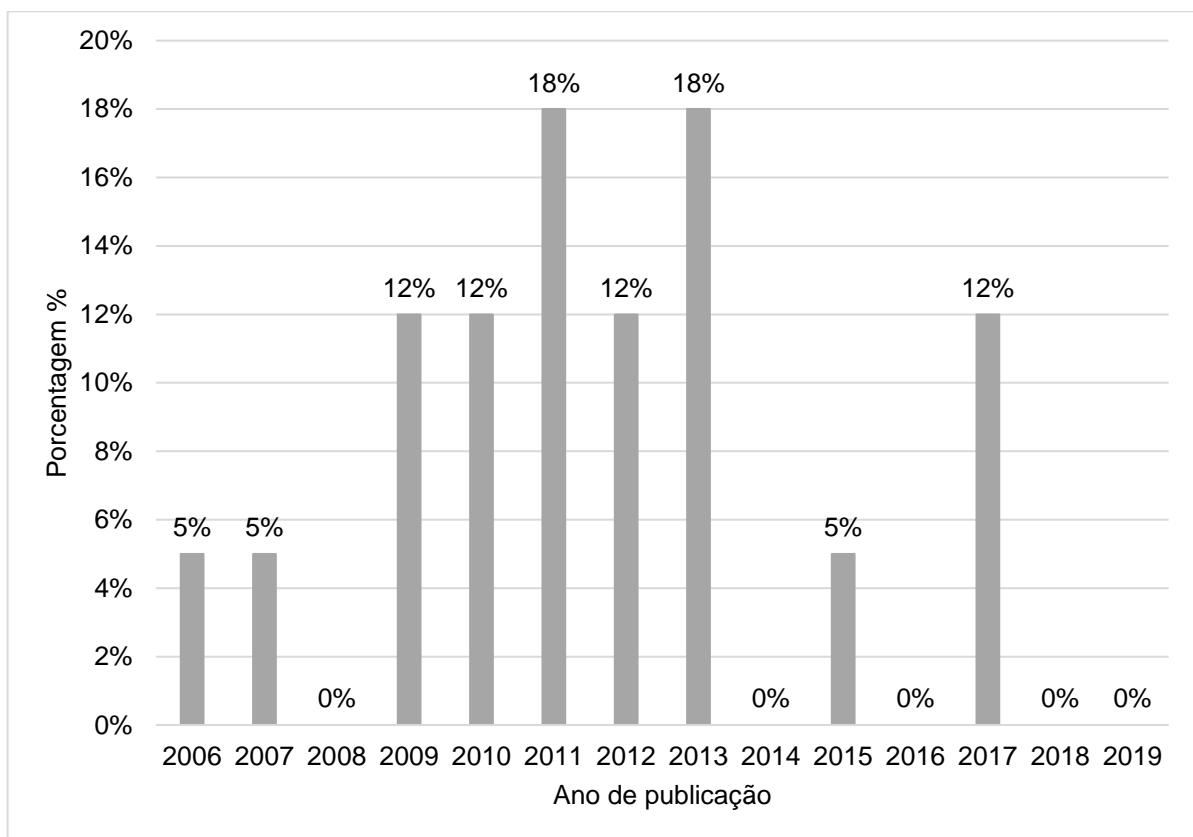


Gráfico 1 - Distribuição dos artigos selecionados em relação ao ano de publicação no período de 2006 a 2019. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019. ($n=17$)

No que diz respeito ao delineamento metodológico, prevaleceram estudos tanto Documental, Exploratório e História Oral, com 24% cada. Em relação à abordagem, 82% eram

estudos qualitativos. A região brasileira com maior número de estudos realizados foi o Nordeste (82%). Não foi encontrado estudos conduzidos em outros países (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do delineamento metodológico, tipo de abordagem e região brasileira da pesquisa dos artigos selecionados nas bases de dados no período de 2006-2019. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019. ($n=17$)

	Descrição	N	%
Delineamento metodológico	Documental	4	24%
	Exploratório	4	24%
	História Oral	4	24%
	Descritivo e exploratório	2	12%
	Descritivo	1	5%
	Etnográfico	1	5%
Tipo de abordagem	Empírico	1	5%
	Qualitativa	14	82%
	Quantitativa	3	18%
Região brasileira onde o estudo foi realizado	Nordeste	14	82%
	Centro-Oeste	2	12%
	Sudeste	1	5%

Os estudos selecionados para discussão neste artigo de revisão estão descritos no quadro 1 e no quadro 2, que descrevem as características de identificação dos artigos selecionados para a revisão integrativa em âmbito geral e entre artigos produzidos a partir de experiências do uso da TCI nos dispositivos sociais na comunidade e nos serviços e instituições voltadas à saúde.

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)

Autores; Ano de publicação; País (região); e Base de dados.	Delineamento metodológico	Fonte dos resultados; Cenário da realização das TCI; Participantes da TCI; e Terapeutas comunitários.	Objetivo do estudo
Guimarães, Ferreira Filha, 2006 ⁽¹¹⁾ ; Brasil (Nordeste); LILACS.	História Oral Qualitativa	Entrevistas gravadas Associação de moradores (Idosos em geral) Não mencionado	Explicitar os motivos que levaram as pessoas da comunidade a participar da Terapia Comunitária; Revelar as mudanças que ocorreram no cotidiano dos participantes da Terapia e identificar os vínculos formados e/ ou fortalecidos, nas pessoas e na comunidade, a partir dos encontros de Terapia Comunitária.
Holanda, Dias, Ferreira Filha, 2007 ⁽¹⁶⁾ ; Brasil (Nordeste); LILACS.	História Oral Qualitativa	Entrevistas e as anotações do diário de campo Atenção básica (Gestantes) Não mencionado	Revelar as contribuições da Terapia comunitárias para gestantes.
Rocha et al., 2009 ⁽¹⁷⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Exploratório Quantitativo	89 Fichas de organizações da TCI Atenção básica (Grupo de idosos) Enfermeiros	Identificar o número de grupos de Terapia Comunitária (TC) com idosos no município de João Pessoa-PB; Conhecer os principais temas apresentados pelos idosos e as estratégias utilizadas para enfrentamento das dificuldades; Revelar depoimentos relacionados a melhoria da qualidade de vida dos idosos.
Ferreira Filha et al., 2009 ⁽¹²⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Exploratório Qualitativo	Entrevista semiestruturada Comunidade – centro sociais (13 Mulheres) Não mencionado	Conhecer as contribuições da TC no cuidado com mulheres usuárias do serviço da ESF.
Ferreira Filha, Carvalho, 2010 ⁽¹⁸⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Estudo empírico Qualitativo	Registros da TCI e diário de campo com depoimentos dos participantes CAPS (14 Usuários e 8 familiares) Outros profissionais*	Descrever a implantação da TC em um CAPS; Identificar problemas vivenciados por usuários e familiares e estratégias de enfrentamento; Analisar a contribuição da TC para a inclusão social do usuário.
Andrade et al., 2010 ⁽¹⁹⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Exploratório Qualitativo	Entrevista e diário de campo Comunidade – centro sociais (19 Idosos) Não mencionado	Conhecer as contribuições da Terapia Comunitária na vida dos idosos.
Giffoni, Santos, 2011 ⁽²⁰⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Etnográfico Qualitativo	Entrevista semiestruturada Comunidade (01 usuário de álcool) Não mencionado	Identificar potencialidades da TC como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária, sob a perspectiva de um usuário.
Fuentes, 2011 ⁽²¹⁾ ; Brasil (Sudeste); SCIELO.	Descritivo Qualitativo	774 fichas de organizações da TCI Comunidade (Adultos em geral) Psicólogo	Identificar através dos registros de avaliação dos encontros de TC, problemas cotidianos que afligem as comunidades, com a finalidade de conhecer e mapear a dor e o sofrimento referenciado pelos participantes.

Holanda, Dias, Ferreira Filha, 2011 ⁽²²⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Descritivo exploratório Qualitativo	Entrevistas gravada e diário de campo Comunidade (09 Gestantes) Não mencionado	Investigar as contribuições da TC como estratégia de cuidado durante o acompanhamento Pré-natal.
Ferreira Filha et al., 2012 ⁽²³⁾ ; Brasil (Nordeste); LILACS.	Documental Quantitativo	776 Fichas de organizações da TCI Comunidade (Idosas) Não mencionado	Identificar as estratégias utilizadas por mulheres idosas no enfrentamento ao alcoolismo na família e os depoimentos espontâneos expressados no momento final das rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI).
Sá et al., 2012 ⁽²⁴⁾ ; Brasil (Nordeste); LILACS.	Documental Qualitativo	775 Fichas de organizações da TCI Comunidade (Adultos em geral) Não mencionado	Realizar um levantamento sobre conflitos familiares, identificando os principais motivos relacionados e as estratégias de enfrentamento.
Braga et al., 2013 ⁽²⁵⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	História Oral Qualitativo	Entrevistas gravadas e anotações no diário de campo - Comunidade (15 mulheres) Enfermeiros	Conhecer historias resilientes de mulheres frequentadoras das rodas de TCI.
Rocha et al., 2013 ⁽²⁶⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Documental Quantitativo	776 Fichas de organizações da TCI Atenção Básica (Adultos em geral) Não mencionado	Identificar os principais problemas apresentados pelos usuários da TC; identificar as estratégias que utilizam no enfrentamento das situações que provocam sofrimento mental.
Carvalho et al., 2013 ⁽²⁷⁾ ; Brasil (Nordeste); MEDLINE.	História Oral Qualitativa	Entrevistas gravadas e diário de campo CAPS III (06 Usuários) Não mencionado	Analizar as contribuições da TCI considerando as mudanças de comportamentos de usuários de um CAPS.
Melo et al., 2015 ⁽²⁸⁾ ; Brasil (Centro-Oeste); LILACS.	Descritivo exploratório Qualitativo	Entrevista norteada por questões/análise temática - Clínica de hemodiálise (Pessoas renais crônicas - amostra não especificado) Enfermeiros	Compreender as repercussões da TCI nas pessoas doentes renais durante sessões de hemodiálise.
Moura et al., 2017 ⁽²⁹⁾ ; Brasil (Nordeste); BDENF.	Exploratório Quantitativo	Entrevista semiestruturada e aplicação do teste de associação livre de palavras (TALP) Comunidade (263 idosos) Não mencionado	Conhecer as representações sociais dos idosos concernentes a TCI.
Lemes et al., 2017 ⁽³⁰⁾ ; Brasil (Centro-Oeste); LILACS.	Documental Qualitativo	22 Fichas de organizações da TCI Serviço de comunidade terapêutica (Usuários de drogas - média de 14,63/roda de TCI) - Enfermeiros	Analizar os registros de fichas de rodas de TCI, quanto aos problemas elencados e as estratégias enunciadas para o enfrentamento.

*Outros profissionais: psicólogo e arte educador

Quadro 2 - Caracterização dos artigos selecionados na revisão integrativa, de acordo com o local das rodas de TCI, principais demandas, contribuições e conclusões, distribuído entre os dispositivos sociais na comunidade e os serviços e instituições voltadas à saúde. Barra do Garças, MT, Brasil, 2019. (n=17)

Local das rodas de TCI	Demandas	Principais contribuições	Principais conclusões
Dispositivos sociais na comunidade (10)			
Associação de moradores ⁽¹¹⁾	Não apresentou	Autoestima; desenvolvimento da resiliência, empoderamento, confiança; sentimento de pertencimento; autoconhecimento; autocontrole; sociabilização; espaço de compartilhamento de experiência; formação de vínculos comunitários e rede de apoio social.	A TCI como tecnologia do cuidado; trabalho em grupo de baixo custo; promoção de saúde mental; prevenção do sofrimento emocional; estratégia de reabilitação e de inclusão social; melhora da autoestima; fortalecimento de vínculos; espaço de partilha das experiências vividas.
Centros sociais ⁽¹²⁾	Não apresentou	Espaço para expressão do sofrimento; gratidão pelo apoio recebido; valorização pessoal; fortalecimento de vínculos; empoderamento; sentimento de pertença.	A TCI como uma tecnologia do cuidado; integração social; enfrentamento do sofrimento; promoção da valorização social; promoção da saúde.
Centros sociais ⁽¹⁹⁾	Não apresentou	Empoderamento; expressão da religiosidade; compartilhamento de experiências; gratidão pelo apoio recebido; redução do sofrimento emocional; integração social; mudança nas relações sociais.	Apelo social; empoderamento; fortalecimento de vínculos; reinserção social.
Associação de moradores ⁽²⁰⁾	Não apresentou	Espaço de religiosidade; compreensão dos malefícios do uso do álcool; autocontrole das emoções; resgate da autoestima.	A TCI como apoio social; empoderamento; fortalecimento de vínculos; reinserção social
Diversos espaços coletivos ⁽²¹⁾	Medo; discriminação; abandono; problemas de saúde; violência e dependência.	Espaço para fala; confiança; expressão de sentimentos; fortalecimento de vínculos; apoio social; interação social.	Apelo social; espaço de fala; escuta terapêutica; promoção da saúde; prevenção da saúde.
Associação de moradores ⁽²²⁾	Não apresentou	Espaço de valorização; ferramenta de superação dos problemas; apoio social; reforço da autoestima; autocuidado; compartilhamento de experiências; minimizar ansiedade.	A TCI como espaço de cuidado; promoção a saúde; acolhimento; alívio do sofrimento; fortalecimento de vínculos; humanização do cuidado; compartilhamento de experiências.
Diversos espaços coletivos ⁽²³⁾	Não apresentou	Fortalecimento da espiritualidade; apoio em grupo; melhora das relações familiares; coragem; esperança, fé, confiança e união.	A TCI como um modelo terapêutico grupal; enfrentamento do alcoolismo; instrumento de cuidado; empoderamento; enfrentamento do sofrimento; fortalecimento de vínculos; resiliência; mobilização social.
Associação de moradores ⁽²⁴⁾	Desvalorização; problemas com drogas/alcoolismo; conflitos familiares; problemas financeiros; violência.	Autocontrole; autoconhecimento; apoio social; espaço para fala; espiritualidade.	Enfrentamento do sofrimento; apoio social; espaço de fala escuta; fortalecimento de vínculos; solidariedade.

Associação de moradores ⁽²⁵⁾	Não apresentou	Despertou resiliência; empoderamento; melhora do processo de decisão; possibilidade de mudança; esperança; compartilhamento de experiência; socialização.	A TCI como tecnologia do cuidado; poder de resiliência; superação do sofrimento.
Associação de moradores ⁽²⁹⁾	Não apresentou	Espaço de fala; fortalecimento de vínculos; integração social; sentimento de pertencimento.	A TCI como ferramenta do cuidado comunitário
Serviços e instituições voltadas à saúde (7)			
Atenção Básica ⁽¹⁶⁾	Não apresentou	Espaço de fala, desabando, escuta terapêutica; espaço para compartilhamento de experiências; acolhimento; renovação da esperança; empoderamento; emancipação, ressignificação da inquietação; resiliência; autoconfiança; prática de um cuidado de saúde humanizado e transformador na ESF.	A TCI como tecnologia do cuidar, auxilia na inserção social e empoderamento; favorece a criação de uma rede de apoio; espaço para compartilhamento de experiências; autocuidado; resiliência; acolhimento da comunidade; redução de perturbações psicossomáticas.
Atenção Básica ⁽¹⁷⁾	Sentimento de culpa, desvalorização, desrespeito; problemas com drogas; medo da morte, preconceito, solidão, violência; perda da moradia.	Espaço de religiosidade; superar problemas; apoio social; sentimento de perdão, paciência, diálogo e aceitação; promoção da saúde; empoderamento; resiliência.	A TCI como tecnologia de cuidado; fortalecimento da resiliência; resgate da autonomia; redução do estigma social.
CAPS ⁽¹⁸⁾	Conflitos familiares; estigma social - preconceito; medo de adoecimento; tristeza; dificuldade financeira.	Buscar o apoio da família; espiritualidade; cuidar da saúde; dedicar-se ao lazer. Contribuições: como possibilidade de mudança de vida; espaço para fala; fortalecimento de vínculos; espaço de estutura terapêutica; melhora da autoestima.	A TCI como tecnologia de cuidado; acolhimento; apoio social; integração social; fortalecimento dos vínculos; despertou possibilidade de mudança de vida
Atenção Básica ⁽²⁶⁾	Sofrimento emocional; conflitos familiares; problemas de saúde.	Estratégias: usar a espiritualidade; espaço de fala; perdoar; ter determinação; perseverança; apoio social.	A TCI como tecnologia do cuidado; prevenção de doença; promoção de saúde mental; auxílio no trabalho da ESF.
CAPS III ⁽²⁷⁾	Não apresentou	Espaço de fala; facilita a compreensão; empoderamento; manejo do sofrimento; fortalecimento de vínculos.	A TCI como tecnologia do cuidado; desperta possibilidade de mudança; dispositivo de inclusão social; promoção da saúde mental.
Clínica de hemodiálise ⁽²⁸⁾	Não apresentou	Integração social; fortalecimento de vínculos; espaço de fala; compartilhamento de experiência; método de entretenimento.	A TCI como espaço de cuidado humanizado; espaço de compartilhamento de experiências.
Comunidade Terapêutica ⁽³⁰⁾	Perdas por uso de drogas; sentimentos como medo, ansiedade.	Confiança no tratamento; resiliência; empoderamento; autoconhecimento; resgate dos vínculos sociais; fortalecimento da esperança e fé	A TCI como tecnologia do cuidado; espaço de cuidado coletivo; promotor da autonomia; enfrentamento do sofrimento.

DISCUSSÃO

No que diz respeito as publicações sobre o uso da TCI no atendimento às demandas em saúde mental, ficou evidente o aumento de pesquisas, especialmente nos anos de 2009-2013 e 2017. Esse aumento pode estar relacionado a inserção da terapia no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008⁽⁶⁾ e sua inclusão na PNPIc em 2017, recebendo na tabela de procedimentos do SUS um código (01.01.05.002-0), permitindo o lançamento e repasse financeiro ao serviço de saúde que ofertam a prática⁽²⁾. Por outro lado, esse aumento também pode estar relacionado ao interesse de gestores em minimizar os custos com os cuidados convencionais. Ou ainda, pelo empoderamento/empreendedorismo dos profissionais, ou pelo movimento dos grupos de pesquisas que se consolidaram nesta linha de investigação, nos programas de pós graduação stricto sensu em enfermagem e saúde coletiva⁽⁷⁾.

Nos últimos treze anos, os locais de realização das rodas de TCI foram diversos, ocorrendo predominantemente em dispositivos sociais da comunidade (59%). Esse direcionamento da TCI para o âmbito da comunidade está de acordo com as proposições do Ministério da Saúde (MS) frente às PICS e visa construir redes solidárias dentro e fora dos serviços de saúde, que possa contribuir na promoção de saúde e do bem-estar da população, na perspectiva de despertar nessas pessoas a busca de soluções para seus conflitos e anseios, com apoio do grupo^(2,5). Outros autores⁽⁶⁾ descrevem que a TCI além de estabelecer e reforçar uma rede, cria espaços de inclusão e valorização da diversidade, resgatando a herança cultural e a história pessoal do sujeito, que está intrinsecamente ligado ao local onde vive e se relaciona.

Demandas identificadas nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa

As demandas decorrem das necessidades individuais ou coletivas e podem envolver perdas e conflitos, permeadas em decorrência das mudanças nas fases do ciclo da vida e os possíveis enfrentamentos. Esses conflitos geram principalmente problemas de ordem emocional, familiar e social, com surgimento ou fomento de angústia e mal-estar no indivíduo⁽³¹⁾, com prejuízos diretos ao processo de ressignificação, superação e recuperação⁽³⁰⁾.

Neste estudo, as demandas foram agrupadas em sete grupos: 1) perspectivas negativas do meio em relação aos participantes (estigma, desrespeito, preconceito, desvalorização, discriminação e visão de incapacidade), 2) conflitos familiares, 3) vivência de sentimentos negativos (ansiedade, medos diversos: morte e adoecimento e culpa), 4) perdas

socioeconômicas (moradia e financeira), 5) problemas envolvendo uso de drogas, 6) problemas de saúde e 7) violência.

Nas rodas de TCI realizadas nos dispositivos da comunidade as demandas estiveram relacionadas a perspectivas negativas do meio em relação aos participantes^(21,24), conflitos familiares⁽²⁴⁾, vivência de sentimentos negativos⁽²¹⁾, perdas socioeconômicas⁽²⁴⁾, problemas por uso de drogas e sobre violência^(21,24) e problemas de saúde⁽²¹⁾.

Paralelamente, estudo realizado em Mato Grosso (BR) com familiares de crianças com doenças renais crônicas, ressalta que os problemas de ordem familiar foram as principais demandas compartilhada nas rodas⁽³²⁾. Já, em pesquisa realizada em Curitiba (PR) que aplicou a TCI com avós, mães e irmãs de crianças atendidas em projetos sociais, incluiu além de demandas familiares, estresse e problemas no trabalho⁽³³⁾. Outras três pesquisas apresentaram demandas semelhantes nas rodas de TCI. A primeira, realizada em Uberaba (MG) com adolescentes de uma instituição social que relataram sentimentos de inveja, raiva, violência e aceitação⁽³⁴⁾. A segunda, realizada com crianças que frequentavam a associação de moradores de bairro em João Pessoa (PB), que reportaram o medo da violência, da morte, criminalidade e tristeza⁽³⁵⁾, e a terceira, realizada com idosos moradores de um quilombo no nordeste (BR) as demandas foram relacionadas com a saúde, medo, inutilidade e conflitos familiares⁽³⁶⁾.

Observou-se que em diferentes dispositivos da comunidade, independente da demanda, a TCI foi utilizada como tecnologia do cuidado para instrumentalizar e preparar a pessoa para assumir o controle em relação as dificuldades enfrentadas, desenvolvendo maior autoconfiança tanto para provimento do autocuidado, como nas relações sociais com seu familiar e redução de possíveis sofrimentos⁽³⁷⁾.

Em relação aos serviços de saúde as demandas apresentadas foram: perspectivas negativas do meio em relação aos participantes^(17,18), conflitos familiares^(18,26), vivências de sentimentos negativos^(17-18,30), perdas socioeconômicas^(17,18), problemas envolvendo o uso de drogas^(17,30), problemas de saúde^(17,26), assim como violência⁽¹⁷⁾.

Estudo Paulista (BR) realizado em unidades hospitalares junto pacientes das salas de espera das três instituições universitárias, as demandas apresentadas nas rodas de TCI estiveram relacionadas a problemas socioeconômicos, de comunicação e de saúde⁽³⁸⁾. Em pesquisa com usuários de um CAPS II no Nordeste (BR) as principais demandas foram oriundas de situações que também envolviam aspectos familiares, financeiros e de saúde, destacando situações de abandono e perturbações com o sono e repouso⁽¹⁸⁾.

Os estudos realizados em diferentes serviços de saúde, revelou demandas semelhantes enfrentadas pelos participantes das rodas, apontando a TCI como um espaço para inclusão social, mudanças de concepção e comportamento nos relacionamentos familiares e afetivos, permitindo dizer que essa tecnologia exerceu uma importante influência na vida desses usuários⁽¹⁸⁾.

As demandas apresentadas nos estudos desta revisão revelaram que independente do grupo onde a TCI foi realizada, elas serão frequentes e semelhantes. Demonstrando que a utilização dessa tecnologia aproxima os terapeutas, principalmente os enfermeiros, das necessidades da população, por reconhecer os problemas locais, valorizar as soluções que emergem da própria comunidade e sendo um recurso terapêutico viável a ser estabelecido, a partir dos diagnósticos de enfermagem⁽⁷⁾.

Autores ressaltam ainda, que a TCI auxilia tanto os profissionais de saúde como os participantes, no manejo e redução dessas demandas, pois, é no processo de acolhimento gerado nas rodas que a comunidade encontra um espaço para falar de suas inquietações/sofrimentos, construir vínculos e desenvolver nos participantes o potencial humano e sociocultural, ao mesmo tempo que respeita a singularidade do participante e promove o protagonismo no processo de autocuidado⁽³⁹⁾, atendendo-o de forma holística, baseado no atendimento de suas necessidades⁽³⁸⁾.

Contribuições da Terapia comunitária Integrativa

Estudos apontam^(6,14,40,41) que a TCI não é apenas uma ação terapêutica, mas que suas contribuições apoiam de forma significativa a transformação social, à medida que promove o crescimento/desenvolvimento do indivíduo bem como o exercício da cidadania.

Agrupamos as contribuições identificadas na TCI em dois conjuntos, pessoal e coletivo. Nos aspectos pessoais, as contribuições se referem a ganhos em autocuidado⁽²²⁾, autonomia^(20,22), confiança^(21,23), coragem⁽²³⁾, autocontrole^(20,24), autoconhecimento⁽²⁴⁾, empoderamento e superação de sentimentos negativos^(12,19,22,25). Participar das rodas de TCI despertou nos usuários sentimento de gratidão^(12,19), desejo em mudar de vida^(19,25) e percepção de aumento da resiliência⁽²⁵⁾, capacidade de superação das adversidades^(17,27), coragem⁽³⁰⁾, paciência⁽¹⁷⁾, compreensão⁽²⁷⁾ e aceitação⁽¹⁷⁾.

Estudo Mato-grossense (BR) realizado com usuários de drogas, reforçou que participar da TCI contribuiu positivamente na vida dessas pessoas, por despertar o empoderamento e o

autoconhecimento⁽³⁰⁾. Assim como neste estudo, a pesquisa realizada com mulheres no Sul do Brasil, revelou que participar das rodas proporcionou fortalecimento pessoal, autocuidado, interesse em cuidar do relacionamento familiar, auxiliou para diminuir o sofrimento e aumentar a resiliência⁽³³⁾, e em pesquisa Paraibana (BR) em que a TCI contribuiu com os participantes como medida de empoderamento e autoconhecimento⁽⁹⁾.

No âmbito coletivo, alguns estudos evidenciaram a TCI como espaço para compartilhar histórias de vida^(19,22,25), escuta terapêutica^(18,30) e espaço de lazer/entretenimento^(18,28), ao mesmo tempo que possuem a percepção de fortalecimento de seus vínculos^(12,21,29), com a presença da espiritualidade e esperança propiciados no convívio do grupo (roda de TCI)^(20,23-25). Outro atributos foram a integração social, estabelecimento de relações^(19,23), valorização pessoal^(12,22) e percepção da melhora na saúde⁽²²⁾.

Em pesquisa realizada no nordeste (BR), as contribuições da TCI para os participantes estiveram relacionadas com estratégias de solidariedade, valorização pessoal e fortalecimento de vínculos⁽⁹⁾. Contribuições positivas advindas da participação em rodas de TCI também foram verificadas em estudo realizado no município de Jaboatão dos Guararapes (PE), destacando a elevação da autoestima, o autocontrole, a autonomia, a solidariedade, melhora a relação de convivência entre as pessoas, a formação de novos vínculos sociais, o espaço de fala, escuta e entretenimento⁽⁴²⁾.

O uso da TCI pode proporcionar um importante espaço para intervenções em saúde mental nos serviços de saúde. Esses espaços precisam ser cada vez mais frequentes junto à comunidade, uma vez que podem possibilitar a construção de rede solidária entre a comunidade e os profissionais, ampliando a forma de cuidar em saúde no âmbito coletivo⁽⁴³⁾.

Tomar posse do uso de tecnologias do cuidado, como a terapia comunitária, poderá expandir a forma de cuidar da população, contribuindo para atender as demandas existentes na comunidade, já que os serviços existentes são escasso para atender todas essas demandas. Autores reforçam que o uso da TCI poderá ampliar o cuidado prestado a comunidade, em seus diferentes contextos de vida, com a finalidade de promover saúde, prevenir agravos⁽⁷⁾, auxiliando na recuperação do sofrimento emocional/mental, relacional, social e físico⁽³⁷⁾.

Nesse sentido, a TCI pode contribuir individualmente por constituir-se numa abordagem facilitadora do autoempoderamento, à medida que se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais e coloca em evidência⁽⁴⁴⁾ e coletivamente, por conduzir os participantes a compartilhar suas histórias de vida/experiências, remodelando o problema da dimensão individual para a dimensão grupal, conduzindo o grupo

a um processo de reflexão coletiva⁽³⁷⁾, além de constituir um espaço comunitário de cuidado na própria comunidade.

A TCI dispara em seus participantes o poder de construírem torres simbólicas para se abrigarem e se fortalecerem contra as dores psicológicas, advindas de processos de perdas, disputas, eventos traumáticos, adoecimento, envelhecimento e até por carregarem sentimentos de inutilidade, exclusão social e abandono familiar. Isso revela que esta prática desmistifica estruturas e métodos terapêuticos excludentes, desagregadores e desumanizadores, onde a maioria das pessoas se encontram inscritas⁽⁴⁴⁾.

As contribuições reveladas pelos estudos, reforçam a importância do uso dessa terapia como uma tecnologia leve⁽⁴⁵⁾ do cuidado à comunidade, apesar da concentração de pesquisas que evidenciem a TCI e suas contribuições serem realizadas no Brasil. Esse comportamento decorre de incentivos de órgãos de representação profissional, como, por exemplo, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução n. 197/1997 e da OMS que desde o final da década de 70, já incentivava a implantação das mais variadas práticas integrativas e complementares⁽⁴⁶⁾.

Para a expansão desta tecnologia, é consenso científico que os profissionais da saúde, desde a graduação, possuam contato com esses saberes, a positividade de contribuições na saúde da comunidade, além de fortalecer o envolvimento e interesse dos gestores, no planejamento, participação e incentivo na formação de recurso humanos em saúde mental, que visem a integralidade do cuidado e alcance dos princípios doutrinários do SUS⁽⁴⁶⁾.

Como limitação do estudo, destaca-se o quantitativo de artigos disponíveis na literatura sobre a temática, fragilidades metodológicas, bem como densidade de análise destes artigos.

CONCLUSÃO

As evidências científicas apontam que a TCI foi utilizada como estratégia de cuidado das demandas em saúde mental, porém poucos estudos científicos exploram sua expansão e potencial terapêutico. Alguns autores percebem a TCI como uma visão de aparato para desenvolver potencialidades nos participantes e como tecnologia de cuidado e mais recentemente interpretada como tecnologia leve do cuidado, entretanto nenhum deles citam a definição original dessas modalidades. Outros acrescentam, apontando a TCI como um local para o cuidado coletivo, onde ocorre acolhimento, escuta, apoio, compartilhamento de experiências/histórias de vida, conforto, mobilização social, dentre outros. Contudo se existe o

interesse em que essa prática se transforme em uma tecnologia de cuidado, deve ser feito investimento em estudos realizados com maior rigor, a menos que o desejo seja de mantê-la como uma prática voltada exclusivamente para espaços da comunidade, favorecedora da integração social e como um recurso adicional para ser utilizado pela área da saúde com a propósito de prevenção de doenças e promoção da saúde das populações.

A importância e eficácia da TCI são indiscutíveis segundo a literatura, mas novas pesquisas devem ser realizadas, especialmente mensurando os efeitos da TCI com instrumentos específicos para cada demanda percebida, na perspectiva que as contribuições supram as necessidades das pessoas e comunidade. E desta forma, ao compreender a dimensão e alcance desta tecnologia, o cuidado em saúde mental pode ser ampliado, a partir da inclusão da TCI nos projetos terapêuticos, na constituição de estratégia que partilha com a interação coletiva e reinserção social.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumizaSUS. Volume 5. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2015:1-550 [acesso em 2019 Out 13]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/intervires/wp-content/uploads/2017/02/PAULON-ESC%C3%93SSIA-Cadernos-HumanizaSUS-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]; 2018: 1-56 [acesso em 2020 Jan 03]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf
3. Bezerra INM, Monteiro VCM, Nascimento JL, Macedo LOL, Silvério ZR, Bento AO, et al. Práticas integrativas e complementares em saúde junto a profissionais da atenção primária. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2019 [acesso em 2020 Fev 13]; 32:9265. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9265>
4. Abratecom. Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa [Internet]. 2019 [Acesso em 2019 Set 18]. Disponível em: <http://www.abratecom.org.br/QuemSomos/Abratecom>
5. Barreto AP. Terapia Comunitária passo a passo. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008: 470p.

6. Azevedo EB, Cordeiro RC, Costa LFP, Guerra CS, Ferreira Filha MOF, Dias MD. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. *Rev. bras. pesqui. saúde.* 2013;15(3).
7. Rangel CT, Miranda FAN, Oliveira KKD. Communitarian therapy and nursing: the phenomenon and its context. *J. Res.: fundam. care Online [Internet].* 2016 [acesso em 2019 Out 25]; 8(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3770-3779>
8. Melo VFC, Gomes MIN, Cavalcanti LNF, Pereira NS, Pereira VCLS. A valorização da terapia comunitária integrativa como prática efetiva do SUS: relato de experiência. *Rev. Cienc. Saúde Nova Esperança [Internet].* 2019 [acesso em 2019 Out 17]; 17(3). Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/156/417>
9. Carvalho MAP, Romero ROG, Ferreira Filha MO. Terapia comunitária no Centro de Apoio Psicossocial: Concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Rev. enferm UFPE Online [Internet].* 2013 [acesso em 2019 Nov 12]; 7(5). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11678>
10. Araújo M, Girão J, Souza K, Esmeraldo G, Farias F, Souza A. A terapia comunitária - criando redes solidárias em um centro de saúde da família. *Rev. port. enferm. saúde mental [Internet].* 2018 [acesso em 2019 Set 14]; 19. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0204>
11. Guimarães FJ, Ferreira Filha MO. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. *Rev. eletrônica enferm. [Internet].* 2006 [acesso em 2019 Out 12]; 8(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7079>
12. Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev. eletrônica enferm. [Internet].* 2009 [acesso em 2019 Set 19]; 11(4). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>
13. Cavaggioni APM, Gomes MB, Rezende MM. O tratamento familiar em caso de dependência de drogas no Brasil: Revisão de literatura. *Rev. Mudanças – Psicologia Saúde [Internet].* 2017 [acesso em 2019 Nov 05]; 25(1). Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7148>
14. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev Invest Enferm.* 2017 [acesso em 2020 Mar 09]. Disponível em: <https://repositorio>

- cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf
15. Minayo MCS. Qualitative research in collective health: input for health systems. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Set 23]; 17(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>
16. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2007 [acesso em 2019 Out 8]; 9(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a06.htm>
17. Rocha IA, Braga LAV, Tavares LM, Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. Rev. bras. enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2019 Out 15]; 62(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500006>
18. Ferreira Filha MO, Carvalho MAP. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. Rev. gaúcha enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2019 Out 15]; 31(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200005>
19. Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima EAR, Mendes CKTT. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. Texto & contexto enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2019 Mar 15]; 19(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100015>
20. Giffoni FAO, Santos MA. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Out 15]; 19(Spe). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000700021>
21. Fuentes M. Promoviendo salud en la comunidad: la terapia comunitaria como estrategia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Nov 12]; 29(2). Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2011000200007&script=sci_abstract&tlang=es
22. Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. A Experiência da terapia comunitária como estratégia de cuidado pré-natal. Rev. enferm. UFPE Online [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Set 12]; 5(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201107>

23. Ferreira Filha MO, Sá ANP, Rocha IA, Silva VCL, Souto CMR, Dias MD. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. *Rev. Rene.* [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Set 13]; 13(1). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3762/2979>
24. Sá ANP, Rocha IAR, Moraes MN, Braga LAV, Ferreira Filha MO, Dias MD. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Set 15]; 14(4). Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a06.pdf>
25. Braga LAV, Dias MD, Ferreira Filha MO, Moraes MN, Arauna MHM, Rocha IA. Terapia comunitária e resiliência: história de mulheres. *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Out 16]; 5(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3453>
26. Rocha IA, Sá ANP, Braga LAV, Ferreira Filha MO, Dias MD. Community Integrative Therapy: situations of emotional suffering and patients' coping strategies. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Set 12]; 34(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300020>
27. Carvalho, MAP, Dias MD, Miranda FAN, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Nov 17]; 29(10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00000913>
28. Melo PS, Ribeiro LRR, Costa ALRC, Urel DR. Community impact of integrative therapy for renal patients people during session hemodialysis. *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 2015 [acesso em 2019 Out 17]; 7(2). Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2200-2214>.
29. Moura SG, Ferreira Filha MO, Moreira MASP, Simpson CA, Tura LFR, Silva AO. Social representations of integrative community therapy by the elderly. *Rev. gaúch. Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Out 23]; 38(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.55067>
30. Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Moura AAM, Luis MAV, Macedo JQ. Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Set 15]; 13(2). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p101-108>

31. Silva KR, Gomes FGC. Dependência química: resultantes do uso abusivo de substâncias psicoativas. Rev. UNINGÁ [Internet]. 2019 [acesso em 2020 Jan 13]; 56(S1). Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/306/1871>
32. Lucietto GC, Ribeiro RLR, Silva RA, Nascimento VF. Terapia Comunitária Integrativa: construção da autonomia de famílias de crianças renais. Rev. Aten. Saúde [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Nov 22]; 16(58). Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5448
33. Silva MZ, Martins SAK, Dallalana TM, Tinti DL, Rodrigues GKF, Macohin LF, Mafra ACP, Adamowicz TE, Savaris LE. Práticas integrativas impactam positivamente na saúde psicoemocional de mulheres? Estudo de intervenção da terapia comunitária integrativa no Sul do Brasil. Cad. Naturol. Terap. Complement. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 Jan 15]; 7(12). Disponível em: <https://doi.org/10.19177/cntc.v7e12201833-42>
34. Zago FC, Bredariol ACP, Mesquita DP. A aplicação da terapia comunitária na intervenção com adolescentes: novas estratégias de prevenção e promoção. Cad. Ter. Ocup. [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Nov 25]; 21(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.037>
35. Moura SG, Ferreira Filha MO, Cordeiro RC, Braga LAV, Monteiro CQA. A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. Rev. Univ. Vale Rio Verde [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Nov 27]; 10(1). Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/529>
36. Oliveira SM, Menezes Junior JO, Silva Junior SV, Dias MD, Fernandes MGM, Ferreira Filha MO. Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. Rev. enferm. UFSM [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Set 22]; 7(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769220299>
37. Andrade JV, Araújo DC. O uso da Terapia Comunitária como estratégia para apoiar estudantes. Vivências [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Nov 03]; 15(28). Disponível em: http://www2.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_028/artigos/pdf/Artigo_15.pdf
38. Souza GML, Silva PMC, Azevedo EB, Ferreira Filha MO, Silva VCL, Espinola LL. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde – doença. Cogitare enferm. [Internet]. 2011 [acesso em 2020 Jan 08]; 16(4). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23030/17059>
39. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Barreto AP. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. Rev.

- eletrônica enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 2020 Jan 12]; 17(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.37270>
40. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD. Terapia Comunitária Integrativa e a pesquisa ação/intervenção: estudos avaliativos. Editora UFPB, 2019: 265p.
41. Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, Branco JGO, Guimarães MSO, Nery IS. Terapia Comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. Sanare, Sobral. [Internet]. 2016 [acesso em 2020 Març 09]; 15(2). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1047>
42. Cisneiros VGF, Oliveira MLS, Amaral GMC, Cunha DM, Silva MRF. Percepção dos profissionais de saúde e comunitários em relação à terapia comunitária na estratégia saúde da família. Rev APS. [Internet]. 2012 [acesso em 2020 Jan 13]; 15(4). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14997>
43. Eslabão AD, Santos EO, Santos VCF, Rigatti R, Mello RM, Schneider JF. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. J. nurs. health [Internet]. 2019 [acesso em 2020 Jan 13];9(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11106>
44. Menezes Júnior JO, Braga FC, Sobreira MVS, Sá AAP, Tofóli AMMA, Sobreira TRS. O impacto positivo na produção do cuidado e atenção em saúde mental através da Terapia Comunitária Integrativa. Temas em Saúde [Internet]. 2019 [acesso em 2020 Jan 18]; 19(4). Disponível em: <http://temasemsaudade.com/wp-content/uploads/2019/09/19412.pdf>
45. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde [Internet]. 1997 [acesso em 2019 Set 19]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/33023414_Em_busca_do_tempo_perdido_a_micropolitica_do_trabalho_vivo_em_saude
46. Almeida JR, Vianini MCS, Silva DM, Meneghin RA, Souza G, Resende MA. O enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia de saúde da família. Rev. eletr. Acervo Saúde (REAS) [Internet]. 2018 [acesso 2020 Jan 16]; Sup(18). Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e77.2019>

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Frente à escassez de pesquisas científicas, em específico em língua portuguesa, que mensurem quantitativamente os benefícios da Terapia Comunitária Integrativa sobre aspectos relevantes da sua aplicabilidade entre usuários de substâncias psicoativas, esta investigação 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.

Em busca a atender os objetivos do estudo, os resultados e discussões serão apresentados nos correspondentes capítulos (I a V).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar os participantes do estudo em seus aspectos sociodemográficos, perfil do consumo de drogas, consequências do consumo e tipo de tratamento recebido para dependência de substâncias psicoativas;
- ✓ Avaliar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa sobre a ansiedade e a depressão entre usuários de substâncias psicoativas;
- ✓ Avaliar o efeito da Terapia Comunitária Integrativa sobre a autoestima e a autoeficácia entre usuários de substâncias psicoativas;
- ✓ Identificar as principais demandas e estratégias dos participantes da Terapia Comunitária Integrativa no enfrentamento da dependência de substâncias;
- ✓ Identificar os principais benefícios da Terapia Comunitária Integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Este estudo compreende duas abordagens metodológicas. A primeira trata-se de um estudo quase-experimental quantitativo, utilizando uma abordagem comparativa de ensaio antes-durante-e-depois. A segunda, um estudo documental retrospectivo qualitativo.

De acordo com Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013), uma pesquisa quantitativa com delineamento quase-experimental são estudos práticos que envolvem a manipulação de pelo menos uma variável independente para observar seu efeito e relação com uma ou mais variáveis dependentes, porém, não possui as características de randomização. Para Polit, Beck e Hungler (2004), um dos tipos mais comum deste estudo é o “delineamento tempo-série”, por dispensar a formação do grupo controle e à randomização da amostra, envolvendo uma coleta de dados durante um período de tempo pré-determinado e a introdução do tratamento/intervenção durante este período.

A segunda abordagem metodológica utilizada neste estudo foi a pesquisa documental, definida como um método de verificação de dados com acesso a fontes que receberão tratamento analítico, apontando a situação de um determinado assunto (CHIZZOTTI, 2018; SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

4.2 Hipótese e questão do estudo

Tendo em vista que a TCI foi incluída como uma terapia integrativa complementar pelas políticas de saúde brasileiras, e tendo em vista os poucos estudos que relatam os benefícios desta terapia na vida de usuários de substâncias psicoativas, a presente pesquisa teve a seguinte hipótese:

O uso da TCI produz efeito positivo como estratégia de intervenção psicossocial sobre os níveis de ansiedade e depressão e sobre a autoestima, autoeficácia em pessoas usuárias de substâncias psicoativas em recuperação no serviço de Comunidade Terapêutica.

Portanto, a questão norteadora do estudo é “A Terapia Comunitária Integrativa reduz os níveis de ansiedade e depressão e melhora a autoestima e autoeficácia em pessoas usuárias de substâncias psicoativas em recuperação no serviço de Comunidade Terapêutica?

4.3. Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado em três Comunidades Terapêuticas (CT) masculinas (A, B, C), localizadas na região do Vale do Araguaia (BR), consideradas como instituições de saúde mental voltadas à recuperação de usuários em condição de dependência química. As regiões e localidades das CT estão apresentadas nas figuras 1 a 4.

Essa região possui quatro Comunidades Terapêuticas, sendo três masculinas e uma feminina. As CT selecionadas são instituições similares em relação à proposta de acompanhamento, de natureza religiosa, protestante evangélica. Cada CT possui a capacidade para acolher até 30 homens com idade ≥ 18 anos, que se encontram em situação de dependência química e clinicamente estáveis. Escolheram-se somente as instituições masculinas, pois ampliaria o número de participantes com características semelhantes.



Figura 1 - Mapa de localização da área de estudo – CT-A, CT-B, CT-C. Região do Vale do Araguaia, Brasil.

Fonte: Própria autora.

Mapa de Localização da CT-A Município de Barra do Garças-MT



Figura 2 - Mapa de localização da CT-A. Barra do Garças, MT, Brasil.

Fonte: Própria autora.

Mapa de Localização da CT-B Município de Aragarças-GO



Figura 3 - Mapa de localização da CT-B. Aragarças, GO, Brasil.

Fonte: Própria autora.



Figura 4 - Mapa de localização da CT-C. Barra do Garças, MT, Brasil.

Fonte: Própria autora.

As instituições foram escolhidas pela similaridade na modalidade de recuperação masculina e por serem consideradas unidades de referência para acolhimento de pessoas usuárias de substâncias psicoativas para a região e vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma das opções de apoio a esses usuários.

A entrada dos usuários nestas CT ocorre por meio de demanda espontânea ou por encaminhamento dos serviços de saúde locais. Os internos em processo de recuperação podem permanecer até doze meses. A assistência médica aos usuários, quando necessária, é realizada pela rede de saúde local, priorizando o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad).

4.4. População e amostra do estudo

A população do estudo foi selecionada por conveniência (CRESWELL, 2014), contando com a participação dos residentes/internos das três comunidades terapêuticas.

Os critérios de inclusão estabelecido para o estudo foram: homens com idade ≥ 18 anos; ser interno em uma das três comunidades terapêuticas (A, B, C) selecionadas para o estudo. Sendo excluídos usuários com menos de uma semana de ingresso em uma das três CT; e os usuários que abandonaram o tratamento oferecido pela CT.

No momento da coleta de dados, as CT (A, B, C) possuíam 32 internos aptos a participar do estudo e após aplicação dos critérios de seleção atingiu-se uma amostra de 29 participantes (A=09; B=13; C=07). Ao longo do processo de intervenção, houve perdas de seguimento por não adesão ao tratamento oferecido pelas instituições, finalizando o estudo com uma amostra de 21 participantes (A=06; B=11; C=04).

Em relação as recusas, os principais motivos apontados foram falta de interesse em participar da pesquisa e a falta de tempo devido a afazeres pessoais e laborais nas CT.

Quanto a porcentagem de representação amostral em relação a população geral de cada CT, considerando os usuários que iniciaram a pesquisa, a média de representação foi de 82% (64% para a CT-A, 81% para a CT-B e 100% para a CT-C). Já considerando os usuários que finalizaram o programa de intervenção, a média de representação amostral foi de 56% (43% para a CT-A, 69% para a CT-B e 59% para a CT-C).

4.5 Programa de intervenção

A pesquisa foi realizada em 10 semanas para cada CT. Dentro dessas semanas, o programa de intervenção foi executado durante seis semanas consecutivas, posterior à autorização dos gestores e ao aceite dos participantes.

O programa de intervenção aplicado neste estudo foi a Terapia Comunitária Integrativa. Trata-se de uma prática integrativa e complementar criada no Brasil, proposta em 1987 pelo professor universitário e médico psiquiatra Adalberto de Paula Barreto, aplicada a comunidade, seguindo um roteiro sistematizado (BARRETO, 2008), respeitando as especificidade do campo de pesquisa (serviço de atendimento residencial a usuários de SPA).

Não foi encontrado nenhum estudo que mencionasse o número mínimo de rodas de TCI a ser aplicado com a finalidade de pesquisa científica. Alguns pesquisadores reportaram a aplicação e/ou avaliação dos efeitos desta terapia após aplicação de seis a doze rodas/sessões entre seus participantes (ANDRADE et al., 2010; FERREIRA FILHA et al., 2009; ZAGO, BREDARIOL; MESQUITA, 2013). Assim sendo, tendo em vista a necessidade de corresponder ao contexto e rotina vivida pela população, foi estabelecido um protocolo de aplicação de seis rodas de TCI aos usuários das comunidades terapêuticas, como programa de intervenção para esta pesquisa, com base na possibilidade de manter um número maior de participantes e reduzir possíveis perdas.

No programa, os homens participaram da TCI realizada pelos terapeutas comunitários, em encontros presenciais, realizado no período de janeiro a maio de 2018 (Quadro 1), sendo aplicadas em seis semanas consecutivas para cada CT, mas não simultâneas, com duração aproximada de 90 minutos, conduzidas por no mínimo dois terapeutas comunitários. Posterior ao término de cada roda/sessão, os terapeutas se reuniam na própria CT e preenchiam a ficha de apreciação e fechamento das rodas de TCI.

Um dos aplicadores da TCI foi a própria pesquisadora, que possui formação para atuar como terapeuta comunitária desde o ano de 2016, promovida pelo Polo Formador Movimento Integrado de Saúde Comunitária da Paraíba – MISC/PB (Anexo I).

O quadro 1 demonstra que houve mais de 35 pessoas presentes nas rodas de TCI, uma vez que o convite para participar das rodas foi estendido a todos os internos das CT, independente de aceitar participar da pesquisa. Deste total, 21 concluíram o programa de intervenção.

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.

Comunidade Terapêutica	Nº da ficha de registro	Nº da roda	Participantes das rodas*	Participantes da pesquisa	Faixa etária
CT-A	01	R1	14	09	24 a 57
	02	R2	11	08	35 a 57
	03	R3	13	09	27 a 57
	04	R4	10	07	27 a 57
	05	R5	12	09	27 a 57
	06	R6	11	06	27 a 57
CT-B	07	R1	16	13	22 a 60
	08	R2	14	11	22 a 60
	09	R3	16	11	22 a 60
	10	R4	15	11	22 a 60
	11	R5	15	11	22 a 60
	12	R6	16	11	22 a 60
CT-C	13	R1	07	07	22 a 48
	14	R2	06	06	22 a 48
	15	R3	07	07	19 a 48
	16	R4	06	05	19 a 47
	17	R5	06	06	19 a 47
	18	R6	06	04	19 a 47

*Participaram das rodas de TCI: todos os internos da CT, independente de participar do estudo.

É importante também destacar que ao longo da execução da pesquisa, houve a entrada de 12 novos usuários para se tratarem nas CT (A=05; B=05; C=2), o que pode ser verificado

pela diferença apontada entre o número de participantes nas rodas e o número de participantes da pesquisa (Quadro 1). Esses usuários, assim como os demais, também foram convidados a participar das rodas, embora não atendiam os critérios de seleção do estudo, pois encontravam com menos de uma semana em recuperação e ao retorno na semana seguinte pelos pesquisadores, estes já haviam abandonado o tratamento.

No quadro 2, é possível verificar que, durante o processo de intervenção, houve perda de oito participantes, em decorrência da não adesão ao tratamento oferecido pelas CT. Essas perdas, segundo o relato dos demais internos, ocorreram motivadas pela vontade de usar SPA, saudades da família e/ou medo de perder o emprego.

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.

Local da pesquisa	T0*	T1*	T2*	Perdas dos participantes
		<i>Follow-up</i>	<i>Follow-up</i>	
CT-A	09	07	06	03
CT-B	13	11	11	02
CT-C	07	05	04	03
Total	29	23	21	08

* T0: primeira etapa de coleta de dados; T1: segunda etapa de coleta de dados; T2: terceira etapa de coleta de dados.

4.5.1 Síntese geral da aplicação da TCI

Antes de iniciar cada roda de TCI, os terapeutas comunitários, que eram enfermeiros, observavam os participantes, com vistas a identificar manifestação clínicas comuns, que podem ser apresentadas em usuários de SPA em processo de reabilitação, como os sinais e sintomas de uma crise de abstinência (delírios, alucinação, agitação, sudorese, irritabilidade, etc.). Em caso de identificação de algum usuário em condições clínicas desfavoráveis, os terapeutas conversavam individualmente com o participante, a fim de averiguar se ele apresentava condições mínimas para participar da roda, deixando claro, que sua participação era voluntária, porém, exigiria atenção, respeito as regras e as etapas de execução, embora este também era informado que poderia se retirar em qualquer momento da roda. Em caso de o usuário decidisse por não participar da TCI naquele momento, este era encorajado pelos terapeutas a retornar em uma outra roda/sessão, assim que se sentisse melhor e confortável. Além disso, os terapeutas

repassavam as orientações necessárias aos tutores (responsáveis por acompanhar esses usuários) das CT para devido acompanhamento clínico desse usuário.

Assim sendo, com base na experiência adquirida com a aplicação das rodas de TCI durante a realização deste trabalho, aplicadas em locais que acolhem usuários de SPA, registramos aqui a importância do terapeuta comunitário possuir minimamente habilidade e conhecimento técnico científico, que possam auxiliá-los no manejo desses participantes (ex. crise de abstinência), na condução da TCI e no acolhimentos das demandas levantadas nas rodas, caso estas venham necessitar de encaminhamentos. Desta forma, destacamos o enfermeiro(a) como um dos profissionais com grande potencial para atuar como terapeuta comunitário, tendo em vista seu conhecimento na área de saúde e seu envolvimento com a comunidade.

As rodas de TCI seguiram o protocolo de “cinco passos” em todas as comunidades terapêuticas (BARRETO, 2008) com algumas adaptações devido ao ambiente aplicado (comunidade terapêutica) e perfil dos participantes. Optou-se por apresentar uma descrição geral de como foi sua realização, sem descrever separadamente cada roda executada (Rodas 01 a 18).

No início de toda roda de TCI, havia a orientação aos participantes para que tomassem assento nos bancos ou cadeiras dispostas em círculos, conforme estabelece o protocolo de realização (Figura 5). A disposição nas cadeiras ocorre de forma aleatória pelos próprios usuários, assim como a escolha pelos lugares.

O primeiro passo de execução de uma roda de TCI inicia-se pela fase de Acolhimento. Nessa fase, havia a entoação de cânticos, como “bater a mão, bater o pé pra entrar na comunidade”, “seja bem-vindo o lelê”, entre outros. Esses cânticos, além de serem utilizados como estratégia de aquecimento, auxiliam no “quebra gelo” do grupo, proporcionando a aproximação dos participantes e dos terapeutas comunitários. Após a parte dos cânticos, os terapeutas ofereciam todos os esclarecimentos quanto aos objetivos da execução da roda e explicava as cinco regras básicas de comunicação (1- não dar conselhos; 2- não julgar; 3- falar de si em primeira pessoa “eu”; 4- fazer silêncio quando o outro estiver falando; 5- estar à vontade para propor música, coro ou recitar poema que tenha a ver com o tema do momento). Essas regras foram seguidas em todas as execuções das 18 rodas de TCI, sendo aprimorada a cada roda, tendo em vista o perfil dos participantes. Finalizando o acolhimento, abria-se espaço para exposição de eventos considerado por eles de celebração, como os meses de internação

sem uso de substâncias; aniversários; ou outros motivos que fosse de alegria para si ou para o grupo.



Figura 5 - Foto de uma roda de TCI: ritual de acolhimento

Fonte: Acervo da pesquisadora

O segundo passo de execução da roda consiste na Escolha do Tema. Nessa fase, abria-se um momento para oportunidade de fala entre os participantes, para partilharem seus sofrimentos, inquietações e alegrias. Nesse momento, os participantes expunha na roda seus sentimentos relacionado aos conflitos advindos do cotidiano e do uso de SPA. Após estas falas, inicia-se o momento da votação dos temas expostos, no qual os participantes/internados são orientados a votar, apenas uma vez, inclusive no próprio tema, elegendo, assim, a temática a ser abordada/aprofundada em cada roda. A partir desse momento, era passado uma cestinha contendo balas, doces, chocolate, rapadura, para partilha de todos, durante a execução da roda.

O terceiro passo de execução da roda denomina-se Contextualização. Nessa etapa, pede-se ao interno que teve a temática eleita, que aprofunde sobre sua história e partilhe suas inquietações com os demais participantes da roda. Em muitas rodas, essa fase aparece como momentos de expressar a dor, as perdas, a culpa, em decorrência do consumo de drogas e do arrependimento. Após a exposição do tema pelo participante com a respectiva história, os demais participantes podiam fazer perguntas (terapeutas e internos), apenas com o intuito de compreender o sentimento do interno, e não no âmbito da curiosidade. Nessa etapa, predominavam questionamentos em que se percebia um clima de solidariedade e compaixão, mediante as temáticas expostas na rodas (Figura 6).



Figura 6 - Foto da roda de TCI: contextualização e problematização

Fonte: Acervo da pesquisadora

O quarto passo de execução da roda consiste na Problematização, pois os demais participantes tiveram a oportunidade de se expressar e partilhar estratégias pessoais utilizadas para enfrentar situações semelhantes às discutidas nas rodas. Em busca da promoção do compartilhar, o terapeuta que conduzia a roda, propunha um “mote” ou “pergunta chave”, como por exemplo: “Quem já viveu algum tipo de sentimento de culpa e o que fez ou tem feito para superar esse sentimento?”. A partir desse momento, os participantes podiam expressar suas experiências e estratégias de superação, em especial suas estratégias de superação no processo de reabilitação da dependência de SPA.

O quinto passo de execução da roda é o Encerramento. Nessa etapa, há um momento de agregação, em que os terapeutas agradeciam os participantes por partilharem suas histórias e faziam o resgate da história apresentada e explorada, com uma devolutiva ao participante, com uma frase de conotação positiva de incentivo. Ao final, era feito o convite para todos ficarem em pé em círculo, darem as mãos e se apoiam em uma roda executando movimento de leve balanço (Figura 7). Em seguida, era explicado o significado de encerramento da roda, que simbolizava o vínculo e o apoio aos outros no cumprimento de suas expectativas com a internação. Por se tratar de comunidades religiosas, nesse momento de despedida, os terapeutas não intervinham na escolha do ritual de encerramento. Frequentemente, os participantes escolhiam uma música evangélica para cantar, pois isso fazia parte do seu cotidiano como estratégia de reflexão incentivada pelo programa de tratamento da comunidade terapêutica. Após o cântico, era solicitado aos participantes que expressassem em poucas palavras o significado da sua participação na roda. Então era mencionado que as frases podiam ser de qualquer natureza, de contribuição ou não contribuição.



Figura 7 - Foto da roda de TCI: ritual de encerramento

Fonte: Acervo da pesquisadora

Durante as rodas TCI e após o encerramento, pequenos quitutes (balas, chocolate, rapaduras, chicletes, sucos e comidas doce e salgadas) foram compartilhados de forma comunitária, baseado na fundamentação teórica dessa terapia, que aponta que esse momento de partilha amplia a interação entre os participantes, fortalece a integração do grupo e reforça a união e comunhão.



Figura 8 - Foto da roda de TCI: momento de compartilhamento em grupo

Fonte: Acervo da pesquisadora

4.6. Fases da pesquisa

A pesquisa foi realizada em dez semanas consecutivas (para cada CT), no período de janeiro a maio de 2018. Essas semanas foram divididas em três momentos distintos

denominados como: Pré-intervenção (Semana 1 e 2), Intervenção (Semana 3 a 8) e Pós-Intervenção (Semana 9 e 10), conforme demonstrado na figura 1.

As etapas de coleta de dados ocorreram em salas ou espaços destinados pela gestão das casas terapêuticas, em data e horário acordado entre a pesquisadora, a gestão e os internos. A única exigência que foi feita pela pesquisadora foi que esses espaços respeitassem a integridade e sigilo de cada usuário, seja em atividades individuais (aplicação dos instrumentos ou entrevista) ou grupal (processo de intervenção).

Os instrumentos aplicados em cada fase de coleta de dados foram aplicados por cinco voluntárias, pertencentes ao projeto de extensão “Saúde Mental: os desafios da assistência”, da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA), que foram previamente e devidamente treinados.

A pesquisadora ficou responsável por fazer a leitura e a coleta de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) com os participantes, o desenvolvimento das rodas de TCI (na função de Terapeuta Comunitária) e em conjunto com os demais terapeutas as anotações nas fichas de registros das rodas.

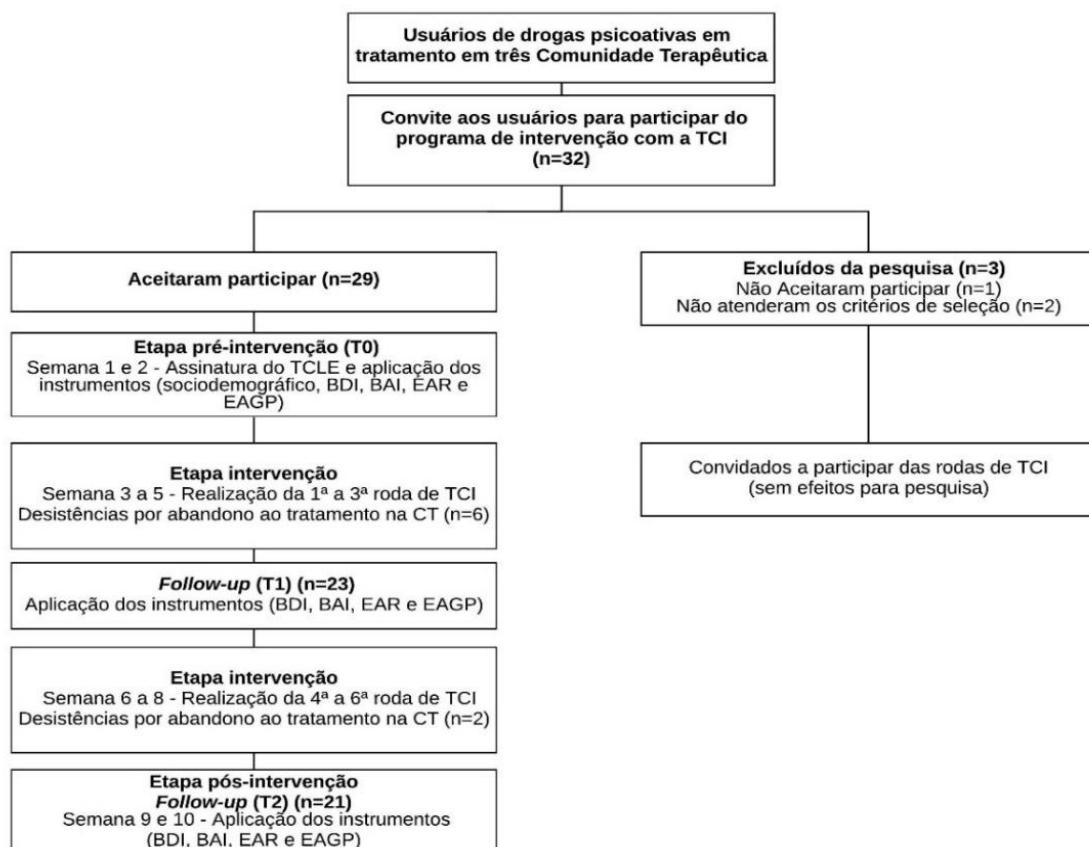


Figura 9 - Fluxograma dos participantes do estudo e do processo de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa. Região Vale do Araguaia, Brasil, 2018.

4.6.1 Fase pré-intervenção

Considerada a 1^a fase da pesquisa (Semanas 1 e 2), comum às três CT, em dias e horários distintos, acordados com cada instituição. Nesta fase, a pesquisadora fez sua apresentação aos residentes da CT, bem como apresentou os auxiliares de pesquisa e explicou aos participantes os objetivos e as fases da pesquisa, convidando-os a participar do estudo. Após este momento de orientação, os internos que aceitarem participar da pesquisa assinaram o TCLE.

Após este primeiro contato, os usuários que aceitaram participar do estudo foram convidados individualmente pelos auxiliares a participarem da primeira etapa de coleta de dados (T0), onde foram aplicados os questionário semiestruturado, Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) a 29 participantes.

4.6.2 Fase intervenção

Considerada a 2º fase da pesquisa (Semana 3 a 8) destinada à aplicação do programa de intervenção, baseado na aplicação de seis rodas de TCI aos usuários das comunidades terapêuticas.

Nesta fase, houve a segunda etapa de coleta de dados (T1- 1º *Follow-up*), que ocorreu no intervalo da 3^a para 4^a roda, por meio da reaplicação das quatro escalas (EAGP, EAR, BAI e BDI) a 24 participantes, pois, houve perda de seguimento por abandono ao tratamento na CT de seis participantes.

Ainda durante o processo de intervenção entre a 4^a e a 6^a rodas, houve mais duas perdas de seguimento por abandono ao tratamento na CT, concluindo o processo de intervenção com 21 participantes. Destaca-se que os internos que não aceitarem participar da pesquisa foram convidados a participar das rodas de TCI, sem efeitos para a pesquisa.

4.6.3 Fase pós-intervenção

Considerada a terceira fase de coleta de dados (T2 –2º *Follow-up*) ocorridas nas semanas 09 e 10 da pesquisa, onde fora reaplicadas as quatro escalas (EAGP, EAR, BAI e BDI) a 21 participantes e realizada a entrevista com cada participante.

4.7 Coleta de dados e instrumentos de coleta

A coleta de dados ocorreu de forma quantitativa e qualitativa, conforme apresentação abaixo.

4.7.1 Dados quantitativos

A coleta de dados quantitativos ocorreu em três momentos (T0, T1, T2), sendo norteada por um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios pesquisadores, composto por questões objetivas que investigou os aspectos sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, cor da pele, renda familiar, profissão e religião), o perfil do consumo de substâncias psicoativas, as consequências do consumo e o perfil de tratamento para dependência química (Apêndice II). Utilizaram ainda quatro escalas validadas no Brasil a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP), a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), tendo sido coletados em aproximadamente 60 minutos para cada aplicação dos instrumentos (1^a, 2^a e 3^a etapa).

A EAGP é uma escala psicométrica composta por 10 itens utilizada para avaliar autocrenças otimistas para lidar com uma variedade de demandas difíceis na vida. Originalmente, esta escala foi descrita por Schawarzer e Jeruzalem (1999), traduzida para o português em 2012 por Sbicigo, Teixeira, Dias e Dell`aglio e, em 2016, foi disponibilizada para acesso livre (<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>) traduzida em diversas línguas, incluindo para o português. A versão validada no Brasil possui consistência interna do alfa de Cronbach 0,85. Esta escala contém 10 questões com respostas tipo Lickert numa escala de 1 a 5, quanto maior a pontuação maior a percepção de autoeficácia (GOMES-VALÉRIO, 2016; SBICIGO et al., 2012; SOUZA; SOUZA, 2004) (Anexo II).

A EAR é uma escala de medida unidimensional constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e auto-aceitação que avalia a autoestima global. Os itens são compostos por 10 questões (cinco positivos e cinco negativos), respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, onde cada afirmação possui quatro possibilidades de resposta (1 – Concordo completamente, 2 – Concordo, 3 – Discordo, 4 – Discordo completamente). Para os itens 1, 2, 4, 6 e 7 (de autoconfiança), a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 4, concordo = 3, discordo = 2 e discordo completamente

= 1. Em relação aos itens 3, 5, 8, 9, e 10 (de auto-depreciação) a pontuação é a seguinte: Concorde completamente = 1, concordo = 2, discordo = 3 e discordo completamente = 4. Para se obter o valor total relativo à autoestima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens, variando o valor total da escala entre os 10 e 40 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação maior a percepção de autoestima. A versão validada no Brasil apresentou consistência interna com alfa de *Cronbach* de 0,90 (HUTZ; ZANON, 2011; ROSENBERG, 1989) (Anexo III).

O BAI é uma escala utilizada para classificar os indivíduos entre os grupos ansiosos e não ansiosos, tem por objetivo medir a gravidade dos sintomas de ansiedade e é composto por 21 itens, cada um com quatro alternativas em graus crescentes de intensidade, dispostas em uma escala tipo Likert (0, 1, 2, 3), permitindo a soma de pontuações no intervalo de 0 a 63 pontos. O escore total é obtido pelo somatório dos escores de cada item. Os pontos de corte para os níveis de ansiedade são: de 0 a 10: mínimo; de 11 a 19: leve; de 20 a 30: moderado; e de 31 a 63: grave (CUNHA, 2016; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016) (Anexo IV).

O BDI trata-se de uma escala de autoavaliação para identificar sintomas depressivos, apontado como uma ferramenta de rastreamento para detectar os sintomas da doença, bem como a gravidade dos sintomas (leve, moderado e grave), composta por 21 itens, cada um com quatro alternativas em graus crescentes de intensidade, dispostas em uma escala tipo Likert (0, 1, 2, 3), permitindo a soma de pontuações no intervalo de 0 a 63 pontos. Os escores de 0 a 13 significa a ausência ou sintomas míimos; 14 a 19 depressão leve; 20 a 28 depressão moderada; 29 a 63 depressão grave (CUNHA, 2016; GORENSTEIN et al., 2014) (Anexo V).

4.7.2 Dados qualitativos

Os dados qualitativos foram coletados a partir dos registros das fichas de apreciação e fechamento das rodas de TCI (Anexo VI), pertencentes ao acervo do laboratório de pesquisa “Stress, Alcoolismo e Uso de Drogas” na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, onde esta pesquisa de doutorado está vinculada. A coleta de dados e a análise dessas fichas ocorreram no período de junho a novembro de 2018, nas dependências da EERP/USP.

A ficha de registro das rodas é um instrumento elaborado pelo precursor da terapia, onde constam o quantitativo e a descrição da apreciação dos terapeutas quanto aos principais

temas apresentados e escolhidos pelos participantes, mote proposto (pergunta-chave), estratégias sugeridas pelo grupo para tais enfrentamentos e benefícios autorreferidos (BARRETO, 2008). A ficha é de preenchimento obrigatório pelos terapeutas comunitários após o término de cada roda.

4.8 Análise dos dados

Para fins de análise, os participantes das três CT foram agrupados em um único grupo ($N=21$). No primeiro momento, foi estruturado um banco de dados das informações oriundas da coleta de dados quantitativos em planilhas formatadas com dupla digitação com o propósito de verificar a consistência dos dados digitados, do programa Microsoft Excel 2013. Posteriormente, os dados quantitativos foram transportados para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 22 e pelo programa Bioestat versão 5.0.

Os dados advindos do questionário semiestruturado foram analisados por estatística descritiva e apresentados por tabelas descritas no capítulo I desta pesquisa. Neste mesmo capítulo, foi apresentado um teste de associação, realizado no programa Bioestat, entre as variáveis: tratamento recebido, apoio espiritual, ausência da família, vontade de usar drogas vs o tipo de entrada na CT. Este teste de associação foi realizado por meio da análise de correlação “Coeficiente de Contingencia C”, onde resultado de $C=0$ determina que não há associação entre as variáveis; quando $C\neq0$, determina que há associação entre duas variáveis: 0.1 fraca, 0.1 a 0.3 moderada e >0.3 forte. O nível de significância adotado foi de 5% ($p=0,05$) (AYRES; AYRES; SANTOS, 2007).

Os valores das pontuações das escalas utilizadas neste estudo (EAR, EAGP, BDI, BAI) foram apresentados de forma descritiva e apresentados em tabela. As análises das pontuações obtidas nas escalas foram apresentadas sob a forma de variável numérica, com a análise dos intervalos obtidos, mediana, média e desvio-padrão, com posterior aplicação do teste de comparação de K grupos pareados, Teste de Friedman, ao nível de significância de 5% ($p<0,05$) e posterior comparação aos pares, post hoc Teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni ao nível de significância de 5% ($p<0,05$), ambos realizados no programa SPSS. Os resultados dos inventários BDI e BAI também foram avaliados utilizando o ponto de corte das escalas, com vistas a classificar os usuários entre os estágios de depressão e ansiedade. Estes resultados foram apresentados nos capítulos II e III deste estudo.

Os dados extraídos das fichas de registros das rodas de TCI foram avaliados por análise de conteúdo, na modalidade temática, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2017), emergindo as categorias temáticas que foram apresentadas nos capítulos IV e V deste estudo.

4.9 Aspectos Éticos da Pesquisa

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciando a investigação somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, sob CAAE: 68444017.8.0000.5393 e parecer nº 2.487.000 (Anexo VII).

Para início da pesquisa, teve-se a autorização dos gestores da comunidade terapêutica, garantindo, assim, a coparticipação das instituições no estudo. Os usuários participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6. CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

LEMES, AG et al. Caracterização de usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas no Brasil. **Enfermería Global**, n.58, p. 436-450, abril, 2020. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.389381>.

Considerando que o periódico no qual o artigo foi publicado tem como política disponibilizar seus conteúdos em três idiomas, registramos aqui as versões também publicada em Inglês e Espanhol, embora será apresentada a seguir apenas a versão em português.

LEMES, AG et al. Characterization of psychoactive drugs users residing in therapeutic communities in Brazil. **Enfermería Global**, n.58, p. 436-450, abril, 2020. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.389381>.

LEMES, AG et al. Caracterización de usuarios de medicamentos psicoactivos residentes en comunidades terapéuticas en Brasil. **Enfermería Global**, n.58, p. 436-450, abril, 2020. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.389381>.



ORIGINALES

Caracterização de usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas no Brasil

Caracterización de usuarios de medicamentos psicoactivos residentes en comunidades terapéuticas en Brasil

Characterization of psychoactive drugs users residing in therapeutic communities in Brazil

Alisséia Guimarães Lemes¹

Elias Marcelino da Rocha²

Vagner Ferreira do Nascimento³

Liliane Santos da Silva¹

Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida¹

Margarita Antonia Luis Villar⁴

¹ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA) e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Brasil.

alisseia@hotmail.com

² Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) Campus Universitário do Araguaia (CUA). Brasil.

³ Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT) Campus Tangará da Serra. Brasil.

⁴ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.389381>

Submissão: 12/07/2019

Aprovação: 16/01/2020

RESUMO:

Introdução: O consumo de drogas psicoativas está cada vez mais crescente, de forma precoce e abusiva, causando dependência química. Essa dependência requer tratamento e controle. Um dos locais disponíveis no Brasil para esse acolhimento é o serviço de comunidade terapêutica.

Objetivo: Identificar o perfil dos usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas.

Métodos: Estudo transversal, descritivo quantitativo, realizado com usuários de drogas de três comunidade terapêutica, localizadas no interior da região Centro-Oeste Brasileira. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado cuja respostas foram lançados e analisados no programa BioEstat versão 5.0, após aprovação ética da Universidade de São Paulo, sob parecer nº 2.487.000.

Resultados: Participaram 21 homens, adultos jovens, solteiros, com baixa escolaridade, desempregado e com religião. O uso de drogas foi precoce, por meio do álcool, tabaco e da maconha, usado por influência de amigos e curiosidade. Houve histórico de múltiplas internações para tratar a dependência química, sendo a comunidade terapêutica o serviço mais procurado. O conflito familiar, a perda do trabalho renumerado e os problemas com a saúde mental, assim como a maneira em que o usuário considera o tratamento recebido e a vontade de usar drogas durante o tratamento apresentaram forte associação com o consumo de drogas.

Conclusão: Conhecer o perfil dos usuários de drogas pode subsidiar ações de saúde voltadas a atender as demandas integrais dos usuários, contribuindo com a elaboração de políticas públicas e estratégias de reabilitação que contribua com a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Usuários de Drogas; Saúde mental; Transtornos do Abuso de Substâncias.

RESUMEN:

Introducción: El consumo de drogas psicoactivas es cada vez mayor, precoz y abusivo, causando dependencia química. Esta dependencia requiere tratamiento y control. Uno de los lugares disponibles en Brasil para esa atención es el servicio comunitario terapéutico.

Objetivo: Identificar el perfil de los usuarios de drogas psicoactivas que residen en comunidades terapéuticas.

Métodos: Estudio descriptivo cuantitativo, transversal, realizado con usuarios de drogas de tres comunidades terapéuticas, en el interior de la región centro-oeste de Brasil. Para la recopilación de datos, se utilizó un cuestionario semiestructurado, cuyas respuestas se analizaron y analizaron en el programa BioEstat versión 5.0, luego de la aprobación ética de la Universidad de São Paulo, según la opinión de 2.487.000.

Resultados: Participaron 21 hombres, adultos jóvenes, solteros, escolarización baja, desempleados y con religión. El uso de drogas fue precoz, a través del alcohol, tabaco y marihuana, usado por amigos y curiosidad. Hubo una historia de admisiones múltiples para tratar la dependencia química, y la comunidad terapéutica es el servicio más buscado. El conflicto familiar, la pérdida del trabajo remunerado y los problemas de salud mental, así como la forma en que el usuario considera el tratamiento recibido y la disposición a consumir drogas durante el tratamiento, se han asociado con el consumo de drogas.

Conclusión: Conocer el perfil de los usuarios de drogas puede subsidiar acciones de salud dirigidas a satisfacer las demandas integrales de los usuarios, contribuyendo a la elaboración de políticas públicas y estrategias de rehabilitación que contribuyan a la adhesión al tratamiento.

Palabras clave: usuarios de drogas; Salud mental; Trastornos de abuso de sustancias.

ABSTRACT:

Introduction: The consumption of psychoactive drugs is increasing, precocious and abusive, causing chemical dependence. This dependence requires treatment and control. One of the places available in Brazil for this host is the therapeutic community service.

Objective: to identify the profile of psychoactive drug users residing in therapeutic communities.

Methods: cross-sectional, quantitative descriptive study with drug users from three therapeutic communities, located in the interior of the Central-West region of Brazil. For data collection, a semi-structured questionnaire was used, whose responses were analyzed and analyzed in the BioEstat version 5.0 program, after ethical approval by the University of São Paulo, under opinion 2,487,000.

Results: 21 men, young adults, single, low schooling, unemployed and with religion participated. The use of drugs was precocious, through alcohol, tobacco and marijuana, used by friends and curiosity. There was a history of multiple admissions to treat chemical dependence, with the therapeutic community being the most sought after service. Family conflict, loss of reemployment, and problems with mental health, as well as the way in which the user considers the treatment received and the willingness to use drugs during treatment have been strongly associated with drug use.

Conclusion: Knowing the profile of drug users can subsidize health actions aimed at meeting the integral demands of users, contributing to the elaboration of public policies and rehabilitation strategies that contribute to adherence to treatment.

Keywords: Drug Users; Mental Health; Substance Abuse Disorders.

INTRODUÇÃO

Mundialmente tem se observado que o consumo de drogas está cada vez mais crescente, de forma precoce e abusiva. Particularmente, as drogas ilícitas são vislumbradas como motivo constante de pesquisa e intervenção, porém as demais drogas, com destaque o álcool, possui o maior consumo registrado nas Américas e consequentemente responsável pelos maiores danos e complicações⁽¹⁾.

O consumo aumentado vem causando dependência química em várias faixas etárias, sexo e configurações familiares. A dependência química é considerada uma doença crônica e multifatorial, que provoca alterações cerebrais, desafiando o equilíbrio do comportamento social e o autocontrole para manter a sobriedade. E requer tratamento e acompanhamento por um longo período⁽²⁾.

No Brasil, um dos locais existentes voltado ao tratamento dessa dependência são as Comunidades Terapêuticas (CT), apesar de pesquisadores desaconselharem essa forma de cuidado⁽³⁾. São entendidas como modelo de atenção coletiva/comunitária, destinada a usuários que fazem uso de drogas psicoativas de forma abusiva, porém, em condições clínicas estáveis e tem como terapêutica a mudança de comportamento e de crenças⁽⁴⁾.

Embora as comunidades terapêuticas estejam espalhadas pelo mundo, tem se tornado um desafio cuidar desse perfil de pessoas, associado a diversidade de histórias e contextos de vida. Para que esse cuidado possa atender as necessidades de seus usuários, os projetos terapêuticos precisam ser estabelecidos e alguns aspectos são necessários no direcionamento do cuidado personalizado a ser realizado, como considerar o perfil dos usuários⁽⁵⁾.

Assim, o estudo foi desenvolvido de acordo com a questão norteadora que foi “Qual o perfil dos usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas? O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil dos usuários de drogas psicoativas residentes em comunidades terapêuticas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, realizado em três comunidades terapêuticas localizadas no interior da região centro-oeste brasileira, no período de março a maio de 2018. A escolha dessas CT foi por conveniência, seguindo os critérios ocorreu pela similaridade na modalidade de recuperação masculinas e por serem consideradas unidades de referência para a região do Vale do Araguaia.

A população da pesquisa foi composta por 29 homens residentes nestas CT. A amostra foi por conveniência, tendo como critérios de inclusão, ser maior de 18 anos, residentes pelo menos a uma semana em uma das três CT. Foram excluídos indivíduos que não se encontravam na CT nas últimas 24h por motivo de abandono do tratamento ou por saída temporária para consultas médica e judicial. Após aplicação desses critérios, atingiu-se uma amostra de 21 usuários.

A coleta de dados ocorreu por entrevista com roteiro semiestruturado, composto por questões objetivas sobre aspectos sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, etnia, renda familiar, profissão e religião) e que abordaram o perfil do consumo de drogas psicoativas, consequências do consumo e o tipo de tratamento recebido na CT.

Os dados foram organizados e processados no programa Microsoft Excel 2013 e analisados por estatística descritiva pelo programa Bioestat versão 5.0, por meio da análise de correlação “Coeficiente de Contingencia C” (resultado de $C=0$, determina que não há associação entre as variáveis, quando $C\neq0$, determina que há associação

entre duas variáveis (0.1 fraca, 0.1 a 0.3 moderada e >0.3 forte), sendo o nível de significância adotado de 5% ($p=0,05$)⁽⁶⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil, sob CAAE: 68444017.8.0000.5393 e parecer nº 2.487.000, tendo sido respeitado rigorosamente todos os princípios e diretrizes éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, em atendimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na tabela 1, verifica-se que os participantes do estudo possuíam faixa etária entre 19 a 61 anos, com média de idade de 37,57 anos e que se autodeclararam como pardos (62%). Houve maior distribuição de usuários com idade entre 19 a 39 anos (57%), solteiros (62%), tendo cursado de forma completa/incompleta o ensino fundamental (67%), desempregados (82%), sem renda familiar (57%) e com religião (86%).

Tabela 1: Distribuição dos usuários segundo as características sociodemográficas. Região vale do Araguaia, Brasil, 2018. $n=21$

Descrição	N	%
Faixa etária		
19 – 29 Anos	08	38%
30 - 39 Anos	04	19%
40 - 49 anos	04	19%
≥ 50 anos	05	24%
Estado Civil		
Solteiro	13	62%
Divorciado	05	24%
Casado	02	09%
Amasiado	01	05%
Cor da pele		
Pardo	13	62%
Branco	05	24%
Negro	03	14%
Renda familiar		
Sem renda	12	57%
1 a 3 salários mínimos	09	43%
Escolaridade		
Ensino fundamental	14	67%
Ensino médio	07	33%
Situação de emprego atual		
Desempregado	17	82%
Empregado	02	09%
Aposentado/pensionista	02	09%
Religião		
Protestante evangélico	18	86%
Católico	02	09%
Não possui religião	01	05%

Quanto ao consumo de drogas psicoativas, a tabela 2 aponta que 76% dos participantes reportaram histórico familiar desse consumo, ocorrendo por parte de parente de primeiro grau (8) e segundo grau (8). O consumo de drogas psicoativas iniciou-se entre 11 a 18 anos (84%), sendo o álcool (48%) a droga de primeira

escolha, seguida do tabaco (24%) e da maconha (19%), usada por influência de amigos (48%) e curiosidade (43%). Anterior ao tratamento a droga de maior consumo, ou seja, que contribuiu para o processo de dependência na perspectiva dos usuários foi o crack (48%), seguida do álcool (28%).

Quanto as características relacionadas ao tratamento recebido, a amostra foi composta majoritariamente por usuários que buscaram o tratamento de forma voluntária (67%), com histórico de múltiplas internações para tratar a dependência química (67%), com mais de duas internações (67%), sendo a comunidade terapêutica o serviço mais procurado como recurso de tratamento (63%). Quando necessário cuidados de saúde os usuários eram acolhidos por serviços vinculados a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (96%), entre eles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) e Hospital público (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo o consumo de drogas psicoativas e o tratamento recebido. Região vale do Araguaia, Brasil, 2018. *n=21*

Descrição	<i>n</i>	%
Histórico familiar de consumo de drogas		
Sim	16	76%
Não	05	24%
Primeira droga de consumo		
Álcool	10	48%
Tabaco	05	24%
Maconha	04	19%
Outras drogas	02	09%
Idade de início do consumo de drogas psicoativas		
05 - 10 anos	01	05%
11 - 18 anos	18	84%
19 - 29 anos	02	11%
Motivo que levou ao consumo de drogas psicoativas		
Influência de amigos	10	48%
Curiosidade	09	43%
Crise familiar	02	09%
Droga de maior consumo anterior ao tratamento atual		
Crack	10	48%
Álcool	06	28%
Cocaína	03	14%
Maconha	02	10%
Histórico anterior de tratamento para dependência de drogas		
Sim	14	67%
Não	07	33%
Número de tratamento para dependência química já realizado		
Primeira vez	07	33%
2 - 3 vezes	09	43%
4 - 5 vezes	05	24%
Local onde já realizou tratamento*		
Comunidade terapêutica	12	63%
CAPS AD	03	16%
Hospital Psiquiátrico	01	05%
Clínica de internação	03	16%
Tipo de entrada na CT atual		
Voluntária	14	67%
Não voluntária	07	33%

Local onde recebe atendimento de saúde caso necessário		
Hospital público	07	33%
ESF	06	29%
CAPS AD	05	24%
Não precisou de atendimento	03	14%

*Os usuários podiam assinalar mais de uma alternativa referente ao local que já buscaram para tratar a dependência de drogas (N=19). CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; ESF: Estratégia de Saúde da Família

No que diz respeito as consequências do consumo de drogas entre os participantes o teste de associação revelou uma forte relação entre o conflito familiar ($C=0,408$), a perda do trabalho renumerado ($C=0,417$) e os problemas com a saúde mental ($C=0,322$), enquanto que as demais variáveis testadas apontou para uma relação menos expressiva (moderada ou fraca) entre a dificuldade de aprendizado ($C=0,270$), problemas com a justiça ($C=0,152$), abandono dos estudos ($C=0,015$), prejuízos materiais e financeiros ($C=0,195$), envolvimento em brigas ($C=0,015$) e problemas com a saúde física ($C=0,195$).

Na tabela 3 observa-se uma forte relação com a forma que o usuário considera o tratamento recebido ($C=0,500$, $p=0,047$) e a vontade de usar drogas durante o tratamento atual ($C=0,500$, $p=0,047$), associação não identificada com a mesma expressividade entre as demais variáveis (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos usuários das CT de acordo com o tipo de tratamento recebido. Região vale do Araguaia, Brasil, 2018. $n=21$

Variáveis	Tipo de entrada na CT		Teste de Contingência	Valor p
	Voluntária <i>n</i> (%)	Não voluntária <i>n</i> (%)		
Considera adequado o tratamento recebido na CT				
Sim	14 (100%)	04 (57%)	0,500**	0,047*
Não	00 (00%)	03 (43%)		
Apoio Espiritual contribui com o tratamento atual				
Sim	13 (93%)	06 (86%)	0,114	0,792
Não	01 (07%)	01 (14%)		
Ausência da família prejudica o tratamento atual				
Sim	08 (57%)	04 (57%)	0,200	0,640
Não	06 (43%)	03 (43%)		
Vontade de usar drogas prejudica o tratamento atual				
Sim	00 (00%)	03 (43%)	0,500**	0,047*
Não	14 (100%)	04 (57%)		

* $p=<0,05$ ** $C=>0,3$: Forte associação

DISCUSSÃO

Para iniciar a discussão fez-se um levantamento na base de dados Scielo (<https://www.scielo.org/>) em busca de localizar artigos que pudessem contribuir com essa fase da pesquisa que abordassem sobre comunidades terapêuticas e usuários de comunidade terapêutica. Um total de 109 artigos considerados potencialmente relevantes foram encontrados e apreciados através de seus títulos e resumos, independente do ano, país e língua publicada. Deste total, seis foram incluídos para compor os quadros 1 e 2 de comparação, por apresentar em seu conteúdo dados

referentes ao perfil dos participantes. Outros estudos também foram utilizados para sustentar esta discussão.

As comparações da presente pesquisa com outros estudos são aproximadas, uma vez que não se encontrou padronização quanto as variáveis investigadas. É necessário considerar que não foi possível encontrar investigação que apontasse delineamento próximo aos resultados aqui apresentados, quanto ao tipo de instituição participante, ao número de instituições investigadas e ao tamanho da amostra.

Observou-se ainda, uma ausência de padronização entre as categorias que definem a faixa etária, a escolaridade e a cor da pele. Portanto, são muitas as diferenças e em função disso, buscou-se fazer a aproximações com os dados do presente estudo e para que fique mais evidente, foi elaborado um quadro de síntese com os principais resultados verificados deste e de outras pesquisas (Quadro 1).

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

Descrição/estado /país	Atual (BR)*	RS* (BR)	MG* (BR)	Tijuana (Mex)*	Nepal	RN* (BR)	CE* (BR)
Autores	Lemes	Adretta et al	Madalena, Sartes	Bojorquez et al	Poudel et al	Lacerda et al	Freitas, Araújo Jr
Ano da publicação	--	2018	2018	2018	2016	2015	2014
Ano da coleta de dados	2018	--	2012/13	2014/15	2013	2013/14	2014
Nº CT participante	03	15	03	02	02	02	04
Nº participante	21	168	72	328	204	42	57
Média de idade	37,57	32	30	33,1	29	35	28
Estado civil							
Solteiro	62%	63,7%	60,6%	51,7		75%	
Divorciado	24%			15,3			
Casado	09%			33%			
Amasiado	05%						
Cor da pele							
Branco	24%	74,4%				29,7%	
Pardo	62%		41,7%			70,3%	
Negro	14%		23,6%				
Renda familiar							
Não possui renda	57%						
1 a 3 sal mínimo	43%		54%				
Escolaridade							
Analfabeto	00					5%	14,5%
Ensino primário	00			25,1%	8,3%		
Ensino fundamental	67%	46,4%				12%	59,2%
Ensino Médio	28%			35,8%	37,3%	39%	24,5%
Ensino Superior	05%			35,2%	37,7%	44%	1,8%
Situação de emprego atual							
Desempregado	82%	67,3%					
Empregado	09%						
Aposentado	09%						
Religião							
Protestante	86%		61,8%	33,2%			
Católico	09%	70,3%		24,7%			
Sem religião	05%	29,7%		35,8%			
Outras religiões	00			6,3%			

*Brasil (BR); Rio Grande do Sul (RS); Minas Gerais (MG); México (MEX); Rio Grande do Norte (RN); Ceará (CE).

Em termo de idade como não foi encontrado uma padronização, optou-se por utilizar a média de idade que ficou entre 28⁽⁷⁾ e 37,57 anos, intervalo de tempo em que as pessoas são consideradas como adulto-jovem, cheio de força e vitalidade.

No que se refere ao estado civil evidenciou-se a predominância de usuários solteiros em Tijuana (MEX)⁽⁸⁾, no Rio Grande do Sul (BR)⁽⁹⁾, em Minas Gerais⁽¹⁰⁾ e no Rio Grande do Norte (BR)⁽¹¹⁾, o que corrobora com os achados dessa pesquisa. Ambos os dados revelam a dificuldade desses usuários estabelecerem ou manterem relacionamentos, dificuldade desses usuários na formação de vínculos afetivos, o que compromete seus vínculos sociais.

A respeito da cor da pele também as semelhanças são parciais, dado que categorizaram de diferentes tipos essa informação. Entre os estudos que informaram, houve aproximações com pesquisas de Minas Gerais⁽¹⁰⁾ e do Rio Grande do Norte⁽¹¹⁾, apontando predomínio de pessoas autodeclaradas como pardas.

Quanto a escolaridade, embora os dados apresentaram um padrão similar, pode-se afirmar que corroboram com o presente estudo, ao revelarem predomínio de pouca escolarização entre usuários do Rio Grande do Sul (BR)⁽⁹⁾, Ceará⁽⁷⁾, México⁽⁸⁾ e Nepal⁽¹²⁾. Ambos os dados mostram que as amostras investigadas consistem de pessoas com baixa escolaridade, o que acaba refletindo na pouca profissionalização e consequentemente em melhores oportunidades de trabalho.

A maioria dos usuários de drogas psicoativas apresentaram ausência de renda mensal, bem como ausência de emprego fixo. Estudo realizado no Rio Grande do Sul⁽⁹⁾ mencionou que essa população não encontra em condições de contribuir economicamente com a sociedade, o que prejudica o crescimento do país e pelo contrário, tornam um custo elevado para o setor de saúde em decorrência de gastos com o tratamento da dependência e das comorbidades.

Quanto à crença religiosidade, apenas três pesquisas mencionaram esse dado⁽⁸⁻¹⁰⁾, mostrando que a religião protestante foi a mais autorreferida, assim como no presente estudo. Infere-se que tal informação possam estar relacionada com a crença professada pelas comunidades terapêutica em que se tratam os participantes, não podendo afirmar que esses usuários praticam suas crenças.

Sobre as características sociodemográficas, percebe-se que independente da região e país manteve-se o perfil de usuários. Esse cenário aponta para pessoas que sofrem prejuízos de várias ordens. Isso deve-se ao fato de que o consumo abusivo de drogas traz prejuízos não somente no aspecto social, como frequentemente referido por autores em documentos que mencionam políticas públicas⁽¹³⁾.

Além de compreender quem são os usuários baseado em seu contexto de vida, identificar o perfil dessa população pode facilitar o entendimento das condições sociodemográficos e o contexto social onde os mesmos estão inseridos, para pensar em implementar alternativas auspiciosas de reabilitação, interferindo no planejamento da assistência e no desfecho de tratamento, o que pode contribuir para a sua adesão^(9,14).

O quadro síntese 2, revela que quanto ao consumo de drogas, a comparação do presente estudo com outras pesquisas, demonstrou que nenhum ou poucos deles investigaram a presença do histórico familiar para uso de drogas, e/ou a primeira droga de uso e/ou o motivo que levou ao consumo^(7-10,12).

No presente estudo os usuários reportaram o uso de drogas psicoativas por algum membro familiar. Ter um membro familiar envolvido com drogas pode predispor a um aumento para o consumo por outros membros familiares, o que torna fator agravante^(15,16). Por outro lado, a família também tem sido considerada como um fator protetor ao uso de drogas, desde que desenvolva um papel de acompanhamento de seus membros, dando suporte, participando de atividades em coletivo e tendo convivência diária saudável^(17,18).

Consumir drogas nesta pesquisa esteve motivado pelos pares, assim como também essa influência esteve presente em um estudo realizado no norte do Brasil, que considerou que esse consumo inicial se deu pela interação de grupos que as pessoas faziam parte, atrelado a aceitação em grupos sociais e desta forma, aparentemente exercendo uma influência direta no processo de interação sociocultural entre os indivíduos que compõem um grupo⁽¹⁷⁾.

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

Descrição/estado/país	Atual (BR)*	RS* (BR)	MG* (BR)	Tijuana (Mex)*	Nepal	RN* (BR)	CE* (BR)
Autores	Lemes	Adretta et al	Madalena, Sartes	Bojorquez et al	Poudel et al	Lacerda et al	Freitas, Araújo Jr
Ano da publicação	--	2018	2018	2018	2016	2015	2014
Ano da coleta de dados	2018	--	2012/13	2014/15	--	2013/14	2014
Nº CT participante	03	15	03	02	02	02	04
Nº participante	21	168	72	328	204	42	57
Histórico familiar de consumo e drogas							
Sim	76%						58%
Não	24%						
Primeira droga de consumo							
Álcool	48%						86,2%
Tabaco	24%						4,6%
Maconha	19%						2,3%
Outras drogas	09%						6,9%
Idade ou média de idade de início do consumo de drogas psicoativas							
05-10 anos	05%						
11 – 18 Anos	84%		13 anos		75,5%	13 anos	
19 – 29 Anos	11%				24,5%		
Droga de maior consumo anterior ao tratamento*							
Crack	48%	92,3%	100%	18.1		62,3%	70%
Álcool	28%	38,1%	33,3	66.4	75.0	28,5%	52,6%
Cocaína	14%	36,9%	50	Crack	10.2		50,8%
Maconha	10%	21,4%	19,4		56.3	6,9%	75,4%
Tabaco	00	42,9%	29,2				28%
Outras drogas	00			99,7	13,3%		
Histórico anterior ao tratamento para dependência de drogas							
Sim	67%		X			X	
Não	33%						
Número de tratamento para dependência química já realizado							
Primeira vez	33%						57%
2 – 3 vezes	43%						
4- >5 vezes	24%		3/5vz			43%	
Tipo de entrada na CT							
Voluntário	67%		83,3%	60,9%			
Não voluntário	33%		16,7%	39,1%			
Problemas com saúde mental							
Sim	52%		60%		56,8%	35,2%	
Não	48%						

*Brasil (BR); Rio Grande do Sul (RS); Minas Gerais (MG); México (MEX); Rio Grande do Norte (RN); Ceará (CE).

O início precoce ao uso de drogas foi comum neste e em outras pesquisas^(10,11). Assim como reportado entre usuários de três comunidades terapêuticas em Minas Gerais⁽¹⁹⁾ (BR), onde a primeira droga consumida foi o álcool aos 14,3 anos, seguido pela maconha aos 21,6 anos. O uso do álcool como a droga de primeira escolha também foi reportado entre usuários dos centros de reabilitação de drogas no Nepal⁽¹²⁾, seguido do uso da maconha (56,3%) e dos opioides (47,6%), com início do consumo entre 15 a 19 anos (53,9%).

O álcool foi a primeira droga de escolha presente neste e em outros estudos^(11,12, 19). No Brasil o consumo nocivo de álcool foi registrado em maior prevalência em um quarto da população⁽²⁰⁾. Cada vez mais, pesquisas tem se reportado os danos causados pelo seu início precoce, o que sugere a necessidade de revisão do controle, fiscalização, prevenção e tratamento^(15,18).

Pode-se perceber que entre os usuários das comunidades terapêuticas o crack foi a droga que mais contribuiu para sua internação, consequentemente contribuiu para a dependência química, assim como observado em outras pesquisas^(7-12, 16,17). Essa droga, tem sido considerada de alto poder viciante, estando presente entre a população de maior vulnerabilidade social, como comprovado neste e entre outro estudo⁽¹⁶⁾. A maioria das pessoas que fazem uso de crack tem o desejo e, a priori, colocam-se de forma voluntária para vivenciar um processo de tratamento, o que pode justificar a procura desses usuários por tratamento nesses serviços de saúde⁽²¹⁾. As informações apresentadas até aqui, levam a pensar que a vida dos usuários de drogas psicoativas frequentadores de CT, independente das diferenças nos resultados apresentados pelo conjunto de pesquisas consultadas em alguns aspectos, evidenciam uma semelhança de indivíduos. Trata-se de pessoas que apresentam uma história de vida em cascata de vulnerabilidade, no que diz respeito ao convívio próximo ou no seu entorno com usuários de drogas, o consumo precoce de álcool ou tabaco, consumo este que com o decorrer da idade foram sendo agregadas outras drogas como a maconha, cocaína e o crack, levando a um desfecho de dependência química.

Como esperado, os usuários apresentaram histórico anterior para tratar a dependência de drogas, assim como múltiplas internações, em especial recorreram ao serviço de comunidade terapêutica para se tratarem, semelhante ao que foi encontrado em outras pesquisas^(7, 10,11).

Destaca-se que a CT é a modalidade de tratamento mais procurada pelos usuários que apresentam transtorno advindo de dependência por alguma substância psicoativa no Brasil e em outras partes do mundo. Esta procura é demarcada pela forma de tratamento que visa a convivência para uma reinserção social e a reabilitação física e psicológica⁽²²⁾, embora nem todas tenham profissionais especializados, podendo ainda ser respondida pelos apontamentos dos usuários, quanto a dificuldade de acesso ao tratamento nos serviços públicos de saúde e a sua baixa qualidade e resolubilidade⁽²³⁾.

As CT participantes deste estudo não apresentavam em seu quadro de trabalhadores profissionais de saúde, por isso de acordo com os registros, buscavam suporte de saúde nos serviços vinculados a RAPS, com destaque para o atendimento em hospital público e ESF. Não se pode afirmar que essa característica esteja sendo repetida em outras comunidades terapêuticas, pela ausência dessa informação entre as pesquisas nacionais avaliadas.

A garantia desse atendimento tem base pelas diretrizes da legislação de saúde brasileira⁽²⁴⁾, proporcionando a oferta de atendimento público pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que é resguardado pela Política Nacional sobre Drogas, a qual descreve a estrutura de acesso a saúde ofertada no âmbito do SUS pela RAPS, como exemplo a oferta do CAPS AD.

Assim como neste estudo, as consequências advindas do consumo de drogas psicoativas foram observadas em outras pesquisas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, que destacaram doenças físicas e psíquicas, dificuldade de aprendizagem, perdas sociais, perdas materiais, perdas afetivas, morte física e problemas com a justiça, como as principais consequências mencionadas por seus participantes.

Um dos destaques entre as consequências encontrada foi o conflito familiar, o que também foi reportado entre usuários do Rio de Janeiro e São Paulo⁽¹⁶⁾, Mato Grosso⁽¹³⁾ e na Ásia⁽¹²⁾. É importante destacar que a existência desses conflitos familiares podem estar associado a perda do contato familiar, muitas vezes ocasionado pelo consumo compulsivo de drogas⁽¹⁶⁾. Outros pesquisadores mencionam que a existência desses conflitos modifica o padrão de consumo entre os usuários, seja aumentando ou reiniciando o uso, ao mesmo tempo que contribui para o início do consumo⁽¹⁸⁾.

Os problemas familiares acabam contribuindo para ausência do envolvimento da família no tratamento do usuário, prejudicando a adesão ao processo de cuidado e reabilitação, permeado por sentimento de solidão, abandono e consequentemente isolamento social. Autores salientam que quando a família adere juntamente com o usuário ao planejamento terapêutico proposto para tratar a dependência de drogas, ela também é respeitada em sua dor, acolhida e tratada, o que contribui significativamente para sua melhora e melhora do relacionamento com seus pares⁽²⁵⁾. Assim como em outros estudos^(13,15,19), problemas de ordem econômica foram levantados como uma consequência negativas na vida de seus participantes, o que também correspondeu ao aqui verificado. Isso se deve ao fato de que o uso indiscriminado de drogas psicoativas não traz prejuízos apenas de ordem familiar, acarretando também em prejuízos de ordem financeira. Esses prejuízos podem contribuir ainda mais para o aumento da violência, vulnerabilidade social e criminalidade, como apontou uma pesquisa realizada em CT no interior de Minas Gerais⁽¹⁹⁾.

Outra consequência verificada entre os participantes deste estudo é a presença do adoecimento mental posterior ou concomitante ao envolvimento com as drogas psicoativas. O uso de drogas altera as condições orgânicas do indivíduo, contribuindo para sua desordem física e mental. O consumo nocivo de drogas contribui para a presença de comorbidades psiquiátricas, destacando a ansiedade, depressão, esquizofrenia, delírios ou alucinações, pensamentos suicidas e a tentativa de suicídio^(7,9,10-12,14), bem como um agravante de doenças existentes, prejudicando ainda mais a saúde desses usuários e consequentemente sua qualidade de vida.

Desta forma, o que se percebe é a necessidade da oferta de um tratamento relacionado a saúde mental capaz de atender as necessidades não apenas voltadas a abstinência ou redução do consumo, mas também as necessidades que envolvem as comorbidades físicas e psíquicas.

A comparação entre os estudos permitiu verificar que quanto ao tratamento recebido, a maioria dos usuários deram entrada na comunidade terapêutica por vontade própria, como reportado no México⁽⁸⁾ e em Porto Velho-BR⁽²⁶⁾, o que foi semelhante aos dados aqui apresentado, assim como o tipo de entrada esteve diretamente associado a forma com que os usuários consideravam o tratamento da CT.

O fato de os participantes considerarem adequado o tratamento recebido, vem de encontro ao que autores descrevem que, muitas vezes esses usuários recorrem a este serviço em busca de encontrar uma alternativa de moradia que ofereça proteção, segurança, ao mesmo tempo solidariedade⁽²⁷⁾.

Apesar das críticas sofridas como modelo de assistência asilar manicomial⁽²⁸⁾, é preciso aqui reportar, que as CT precisam ser vistas como um dos sistemas que acolhem usuários de drogas dentro de suas peculiaridades, e procurada pela maioria dos usuários como modalidade de tratamento, como identificado no presente estudo.

Esse acolhimento pôde ser visto entre usuários que apresentaram pós entrada na CT, melhores expectativas para desenvolverem um novo estilo de vida e habilidades de enfrentamento das questões relacionadas à dependência de drogas⁽²⁹⁾. A CT precisa ser vista pelos profissionais que acolhem esses usuários, como um local representativo ao resgate da cidadania, emancipador em busca de uma perspectiva de futuro melhor⁽³⁰⁾.

As comunidades participantes do estudo são de cunho religioso e não possuem equipe de assistência à saúde ou social para o cuidado dos usuários, contando apenas com tutores e pastores, que muitas das vezes são ex dependentes de drogas. A ausência de suporte especializado dificulta o processo de abstinência esperado pelas CT, pois parte dos usuários em reabilitação apresentam vontade de usar drogas⁽⁷⁾, o que acaba por comprometer o tratamento.

Como intuito de manejar esse comportamento de retornar ao uso de drogas promovido pela abstinência, é que muitas comunidades terapêuticas precisam da retaguarda da assistência do serviço de saúde local, como das unidades básicas de saúde e do CAPS AD, em busca de conseguir atendimento médico clínico e psiquiátrico para seus usuários, além do atendimento e acolhimento de toda a equipe de multidisciplinar disponível.

Como limitações, destacam-se as mesmas de alguns dos estudos consultados, ou seja, a amostra de comunidades terapêuticas e o número de usuários participantes insuficiente para caracterizar um grupo de pessoas internadas que consumem drogas psicoativas, por tanto não se tem a intenção de generalizar os achados. Dada a relevância do assunto, sugere-se que novas pesquisas sejam realizados no intuito de ampliar o conhecimento.

CONCLUSÃO

Este estudo delimitou o perfil dos usuários de três comunidades terapêuticas referência para o interior do centro-oeste brasileiro, revelando um perfil sociodemográfico, de consumo de drogas psicoativas, de consequências do consumo e do tratamento recebido que seguem em suas características gerais semelhante as encontradas em outras pesquisas nacionais e internacionais, permitindo inferir que o

consumo em drogas psicoativas acarreta em prejuízos significativos na vida dos usuários.

Cabe salientar, que o perfil que este e outros estudos revelam é de usuários adultos jovens, já bastante comprometidos na sua saúde e inserção social, levando ao questionamento de quais serão as expectativas futuras em relação a continuidade da sociedade humana como tem sido conhecida nas últimas décadas e pressupõe um grande desafio para a enfermagem.

Tais inquietações deveriam sensibilizar os idealizadores de políticas públicas, no sentido de investir no cuidado a saúde dessa população, bem como estimular outros pesquisadores, a investigarem em profundidade as motivações que estão levando ao consumo descontrolado de drogas psicoativas, pois esse consumo tem retornado em prejuízos a todos os setores da sociedade.

Além disso, esses dados podem contribuir com a prática de enfermagem, uma vez que podem subsidiar ações de saúde voltadas a atender as demandas integrais dos usuários, aprimorando a qualidade da assistência prestada, podendo ainda contribuir com a elaboração das políticas públicas e estratégias de reabilitação que contribuam com a adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1- Cui C, Noronha A, Warren KR, Koob GF, Sinha R, Thakkar M, et al. Brain pathways to recovery from alcohol dependence. *Alcohol*. 2015;49(5):435-52.
- 2- Dafny N, Rosenfeld GC. Chapter 33 -Neurobiology of Drugs of Abuse. *Conn's Translational Neuroscience*. 2017;715-22.
- 3- Lopes HP, Gonçalves AM. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. *Pesqui. prát. psicossociais*. 2018; 13(1):1-15.
- 4- Ronzani TM, Mota DB, Costa P, Laport TJ. Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas. São Paulo: Cortez; 2015. 248 p.
- 5- Laurito JAS, Nascimento VF, Lemes AG. Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental. *Cadernos UniFOA*. 2018;37:115-122.
- 6- Ayres M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. Versão 5.0; 2007. 380 p.
- 7- Freitas JAS, Araújo Junior CMP. Perfil de usuários das comunidades terapêuticas do município de Aracati. *Socializando*. 2014;1(2): 9-21.
- 8- Bojorquez I, Rodríguez D, Odgers O, Jaimes R. Factors associated with retention in Faith-based drug treatment centers in the Mexican-American border. *Salud mental*. 2018;41(4):169-77.
- 9- Madalena TS, Sartes LMA. Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: perfil e prevalência. *Arq. Bras. Psicol.* 2018;70(1):21-36.
- 10-Andretta I, Limberger J, Schneider JA, Mello LTN. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em usuários de drogas em tratamento em comunidades terapêuticas. *Psico-USF*. 2018;23(2):361-73.
- 11-Lacerda BM, Pinto GMQV, Pinto SMQV, Salomão MAAO. Perfil de usuários de drogas em centros terapêuticos do estado do Rio Grande do Norte. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 2015;13(1):54-65.

- 12-Poudel A, Sharma C, Gautam S, Poudel A. Psychosocial problems among individuals with substance use disorders in drug rehabilitation centers, Nepal. *Subst. abuse treat. prev. policy.* 2016;11(28):1-10.
- 13-Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Moura AAMM, Luis MAV, Macedo JQ. Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de enfrentamento às drogas entre internos de comunidades terapêuticas: pesquisa documental. SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog. 2017;13(2):101-108.
- 14-Raimundo MFRA, Pegoraro NPJ, Domingos JBC, Gonçalves AMS, Santos JAT, Pillon SC. Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. Rev. eletrônica Enferm. 2016;18:e1158.
- 15-Silva DLS, Torrezan MB, Costa JV, Garcia APRF, Toledo VP. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. Rev. enferm. atenção saúde. 2017;6(1):67-79.
- 16-Krawczyk N, Veloso Filho CL, Bastos FI. 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 reduct. j.* 2015;12(24):1-12.
- 17-Lima DWC, Ferreira LA, Vieira AN, Azevedo LDS, Silva AP, Cunha BMC, et al. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog. 2018;14(3):151-58.
- 18-Barros BA, Lemes AG, Bauer TX, Moura AAM, Carrijo MVN, Siqueira MFC, et al. Desvelando o universo das drogas entre adolescentes. Interdisciplinar: Rev eletrônica da UNIVAR. 2016;15(1):189-94.
- 19-Singulane BAR, Silva NB, Sartes LMA. Histórico e Fatores associados à Criminalidade e Violência entre Dependentes de Crack. Psico USF. 2016;21(2):395-407.
- 20-Taylor B, Rehm J, Aburto JTC, Bejarano J, Cayetano C, Kerr-Correia F, et al. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico. Washington, D.C: OPS; 2007. 70 p.
- 21-Almeida RBF, Santos NTV, Brito AM, Silva KSB, Nappo SA. O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. Interface. 2018; 22(66):745-56.
- 22-Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? Ciênc. Saúde Colet. 2014;19(2):569-80.
- 23-Ribeiro FML, Minayo MCS. Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, state of Rio de Janeiro, Brazil. Interface comun. Saúde educ. 2015;19(54):515-26.
- 24-Brasil. Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017. [Acesso em 09/07/2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
- 25-Sanches LR, Santos TGC, Gomes TB, Vecchia MD. Meanings of Family Support in the Treatment of Drug Dependence. Paidéia. 2018;28(e2824):1-8.
- 26-Felix Junior IJ, Calheiros PRV, Crispim PTB. Motivação para mudanças no uso de substâncias entre usuários de drogas encaminhados pela justiça. Trends Psychol. 2018;26(3):1363-78.
- 27-Nascimento VF, Moll MF, Lemes AG, Cabral JF, Cardoso TP, Luis MAV. Percepción de las mujeres en situación de dependencia química dentro de Mato Grosso, Brasil. Cult. cuid. 2017;21(48):33-42.
- 28-Pacheco AL, Scisleski A. Vivências em uma comunidade terapêutica. Rev. Psicol. Saúde. 2013;5(2):165-73.

- 29-Scaduto AA, Barbieri V, Santos MA. Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento. Psicol. ciênc prof. 2015;35(3):781-96.
- 30-Damas FB. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Rev. Saúde Públ. Santa Cat. 2013;6(1):50-65.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

7. CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

LEMES, A. G. et al. Efeito da terapia comunitária sobre a depressão e a ansiedade entre usuários de substâncias psicoativas. **Esc Anna Nery**, 2020;24(3):e20190321. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0321>.

Considerando que o periódico no qual o artigo foi publicado tem como política disponibilizar seus conteúdos em dois idiomas, registramos aqui a versão também publicadas em Inglês:

LEMES, AG et al. Community Therapy as complementary care for drug users and their contributions to anxiety and depression. **Esc Anna Nery**, 2020;24(3):e20190321. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0321>.

Tendo em vista que esse periódico científico não permite a inserção do artigo na íntegra como capítulo da tese, pois a revista tem o escopo online, por meio de acesso eletrônico da sua página com disponibilidade open access e através do SciELO. Assim sendo, será aqui apresentado apenas a primeira página de identificação da publicação (pág. 1) e última página que indica que o trabalho tenha sido extraído desta tese de doutorado (pág. 8).

Com a finalidade dos leitores terem acesso ao trabalho na íntegra, será disponibilizado abaixo um link ativo para acesso diretamente na página da SciELO, sendo:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300208



Terapia Comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão^a

Community Therapy as complementary care for drug users and their contributions to anxiety and depression

Terapia Comunitaria como atención complementaria para usuarios de drogas y sus contribuciones a la ansiedad y la depresión

Alisséia Guimarães Lemes^{1,2}

Vagner Ferreira do Nascimento³

Elias Marcelino da Rocha²

Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida¹

Rosa Jacinto Volpato⁴

Margarita Antonia Villar Luis¹

1. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto,
SP. Brasil.

2. Curso de Enfermagem. Universidade
Federal de Mato Grosso. Campus Universitário
do Araguaia. Barra do Garças, MT, Brasil.

3. Curso de Enfermagem. Universidade do
Estado de Mato Grosso. Campus Universitário
de Tangará da Serra. Tangará da Serra, MT,
Brasil.

4. Escola de Enfermagem. Universidade de
São Paulo. São Paulo, SP. Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar as contribuições da Terapia Comunitária sobre a ansiedade e a depressão entre usuários de drogas psicoativas. Métodos: estudo quase-experimental, 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 ocorreu em três etapas a partir do uso de um questionário semiestruturado e dois inventários de ansiedade e depressão de Beck. Utilizou-se método estatístico não-paramétricos na comparação dos resultados. Resultados: a depressão esteve presente entre 76% dos usuários e a ansiedade entre 48%. Dentre os participantes das rodas, houve uma redução nos níveis de depressão durante e após o processo de intervenção ($p=0,016$; $p=0,004$) quando comparado ao estado inicial e para manter a média dos escores de ansiedade no T1 e T2 (9,90; 9,95) se comparado ao T0 (13,10). Conclusão e implicações para a prática: o uso da terapia comunitária demonstrou resultados positivos sobre a ansiedade e a depressão, sendo então considerada uma importante ferramenta de cuidado em saúde mental a ser utilizada por enfermeiros, com vistas a ampliar o seu cuidado às pessoas em situação de dependência química, contribuindo ainda para adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; Saúde Mental; Terapias Complementares; Usuários de Drogas.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the contributions of Community Therapy on anxiety and depression among psychoactive drug users. Methods: a quasi-experimental study was conducted with 21 men living in three mental health institutions focused on recovery from chemical dependence, who underwent six rounds of community therapy as an intervention process in 2018. Data collection took place in three stages from the use of a semi-structured questionnaire and two Beck anxiety and depression inventories. The nonparametric statistical method was used to compare the results. Results: depression was present in 76% of users and anxiety in 48%. Among the participants in the yarning circles, there was a reduction in depression levels during and after the intervention process ($p=0.016$; $p=0.004$) when compared to baseline and to maintain the average T1 and T2 anxiety score (9.90; 9.95) compared to T0 (13.10). Conclusion and implications for practice: the use of community therapy has shown positive results on anxiety and depression, and therefore is considered in this study as an important mental health care tool to be used by nurses, aiming to expand their care to people in a situation of chemical dependence, also contributing to treatment adherence.

Keywords: Therapeutic Community; Mental Health; Complementary Therapies; Drug Users.

RESUMEN

Objetivo: evaluar las contribuciones de la terapia comunitaria sobre la ansiedad y la depresión entre los consumidores de drogas psicoactivas. Método: se realizó un estudio cuasieperimental con 21 hombres residentes en tres instituciones de salud mental focalizadas en la recuperación de la dependencia química, sometidos a seis rondas de terapia comunitaria como proceso de intervención en 2018. La recolección de datos se realizó en tres etapas, a saber: uso de un cuestionario semiestructurado y dos inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Se utilizó un método estadístico no paramétrico para comparar los resultados. Resultados: la depresión estuvo presente en un 76% de los consumidores y la ansiedad en el 48%. Entre los participantes en las ruedas, hubo una reducción en los niveles de depresión durante y después del proceso de intervención ($p = 0.016$; $p = 0.004$) en comparación con el valor inicial y para mantener el puntaje promedio de ansiedad T1 y T2 (9.90; 9.95) en comparación con T0 (13.10). Conclusión e implicaciones para la práctica: el uso de la terapia comunitaria ha mostrado resultados positivos sobre la ansiedad y la depresión y, por lo tanto, se considera como una importante herramienta de atención a la salud mental a ser utilizada por las enfermeras, con el fin de extender su atención a las personas que se encuentran en una situación de dependencia química, además de fomentar la adhesión al tratamiento.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica; Salud mental; Terapias complementarias; Consumidores de drogas.

Autor correspondente:

Alisséia Guimarães Leme

E-mail: alisseia@hotmail.com.

Recebido em 11/11/2019.

Aprovado em 07/01/2020.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0321

Uso da Terapia Comunitária a usuários drogas

Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Almeida MASO, Volpato RJ, Luis MAV

13. Braga JEF s No G, Lima AB, Oliveira RQ, Alves RS, Farias JA. Jogos cooperativos e relaxamento respiratório: efeito sobre craving e ansiedade. Rev Bras Med Esporte. 2016;22(5):403-7. dx.doi.org/10.1590/1517-869220162205153151.
14. Chan YY, Lo WY, Li TC, Shen LJ, Yang SN, Chen YH et al. Clinical efficacy of acupuncture as an adjunct to methadone treatment services for heroin addicts: a randomized controlled trial. Am J Chin Med. 2014;42(3):569-86. http://dx.doi.org/10.1142/S0192415X14500372. PMID:24871652.
15. Silva PPC, Sant s ARM, Sant s PJC, Rodrigues EAPC, Freitas CSM. Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários. Rev Bras Ciênc Esporte. 2019;41(1):3-9. http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2018.08.004.
16. Ontiveros-González M sique-Casique L, Muñoz s TJ. Auriculotherapy as nursing care to decrease the consumption of marijuana and cocaine. SMAD Rev Eletrônica Sa de Mental Álcool Drog [Internet]. 2018; [citado 2019 jun 19];14(3):136-43. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80358709003>
17. Angelim SMAV, Vall dares-Torres ACA. The design “rain metaphor” as an instrument of therapeutic communication of problematic drug addiction. Rev Cient Arteterapia Cores Vida [Internet]. 2019; [citado 2019 jun 19];26(1):1. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332734980_O_desenho_%27metafora_da_chuva%27_como_instrumento_de_comunicacao_terapeutica_da_problematica_drogadicao
18. Taets GGC, Jomar RT, Abreu AMM, Capella MAM. Effect of sic therapy on stress in chemically dependent people: a quasi-experimental study. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3115. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2456.311
19. Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Moura AAMM, Lu s MAV, Macedo JQ. Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2017;13(2):101- http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p101-108
20. Giffoni FAO, Santos MA. Community therapy as a method to address the problem of alcohol abuse in primary care. Rev Lat Am Enferm 2011;19(spe):821-30. h dx.doi.org/10.1590/S0104-1169201100070002
21. Resolução CONAD nº 01/2015 (BR). 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
22. Creswell JW. Research design: quantitative, qualitative and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2014.
23. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2016
24. Barreto AP. Terapia Comunitária passo a passo. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.
25. Silva MZ, s SAK, Dallalana TM, Tinti drigues GKF, Macohin LF et al. Práticas integrativas impactam positivamente na saúde psicoemocional de mulheres? Estudo de intervenção da terapia comunitária integrativa no Sul do Brasil. Cad Naturol Terap Complem. 2018;7(12):33-42. http://dx.doi.org/10.19177/cntc.v7e12201833-42.
26. Carvalho MRS, Silva JRS, Gomes NP, Andrade MS, Oliveira JF, Souza MRR. Motivações e repercussões do consumo de crack: o discurso coletivo de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2017; [citado 2019 mar 13];21(3):e201 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0178.pdf
27. Bisch NK, Moreira TC, Benchaya MC, Pozza DR, Freitas LC, Farias MS et al. Telephone counseling for young Brazilian cocaine and/or crack users. Who are these users? J Pediatr. 2019;95(2):209-16. dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.12.016. d:29526482.
28. Danieli RV, Ferreira MBM, Nogueira JM, Oliveira LNC, Cruz Emirene MTN, Araújo Fo GM. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. J Bras Psiquiatr. 2017;66(3):139-49. http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000163
29. Paiva CB, Ferreira IB ssa VL, Narvaez JCM. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. T ds Psychiatry Psychother. 2017;39(1):34-42. http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0065. PMID:28403321.
30. Poudel A, Sharma C, Gautam S s del A. Psychosocial problems among individuals with substance use disorders in drug rehabilitation centers, Nepal. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2016;11(1):28. h dx.doi.org/10.1186/s13011-016-0072-3. PMID:27528233.
31. Soares I, Esswein GC, Benetti SPC. Motivação para a dança em homens e mulheres dependentes de crack. Psicol Saude Doencas. 2017;18(2):567-80. http: dx.doi.org/10.15309/17psd180223.
32. Chan GCK, Butterworth ker D, Degenha dt L, Stockings E, Hall W et al. Long tinal patterns of amphetamine use from adolescence to adulthood: a latent class analysis of a 20-year prospective study of Australians. Drug Alcohol Depend. 2019;194:121-7. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.04. d:30419406.
33. Marel C, Sunderland M, Mills KL, Slade T, Teesson M, Chapman 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 Alcohol Depend. 2019;194:136-42. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.01. PMID:30439610.
34. Galvão A, Pinheiro M, s MJ, Ala S. A siedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior. Rev Port Enferm de Mental [Internet]. 2017; [citado 2019 mar 13];5:8-12. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsem/nspes5/nspes5a02.pdf>
35. Lemes AG, Rocha EM s scimento VF, Volpato RJ, da MASO, Franco SEJ et al. Benef s da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. Acta Paul Enferm. 2020;33: 1-8. http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0122.
36. Ferreira Fa MO, Lazarte R, Barreto AP. Impacto y dencias del uso de la Terapia Comunitaria Integrativa en la producción de cuidados en salud mental. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2015 set 13];17(2):176-7. D sponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37270/19517>

^a Artigo extraído da tese de doutorado “A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial para usuários de drogas psicoativas”, de autoria de Alisséia Guimarães Lemes. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2020.

8. CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

LEMES AG et al. Efeito da terapia comunitária sobre a autoestima e a autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas.

Considerando que o manuscrito encontra-se submetido para avaliação no periódico internacional “Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de Los Cuidados (<https://culturacuidados.ua.es/>)”, respeitando os direitos autorais registrados para o período de submissão e possível publicação, apresentamos a versão submetida do manuscrito, conforme demonstrado abaixo na imagem da página de submissão. Desta forma, exemplares desta tese serão de acesso restrito à comissão julgadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, até que o mesmo seja tornado público.

Assim sendo, apresentamos o manuscrito a seguir contendo todas as etapas de formatação específica da revista.



Declaramos que observamos o conceito de autoria adotado pela Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de Los Cuidados, informado nas Instruções aos colaboradores, participando do estudo e colaborando o suficiente para assumir a responsabilidade dos autores. Também declaramos que este estudo representa um trabalho original válido e não foi submetido concomitantemente a nenhuma outra revista. Em caso de aprovação, concordamos que os direitos autorais relacionados a ela se tornarão propriedade exclusiva da Revista Revista de Enfermería y Humanidades Cultura de Los Cuidados, sendo possível acessar, baixar, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir, previstos para uso não comercial, citando a fonte e dando o devido crédito à revista.

Título do artigo: Efecto de una intervención con terapia comunitaria integrativa sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas

Data: 19/12/2019

AUTORES	ASSINATURAS
Alisséia Guimarães Lemes	
Elias Marcelino da Rocha	
Vagner Ferreira do Nascimento	
Rosa Jacinto Volpato	
Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida	
Margarita Antonia Villar Luis	

The screenshot shows the journal's website with the following details:

- Universitat d'Alacant Universidad de Alicante**
- Revista de Enfermería y Humanidades CULTURA DE LOS CUIDADOS**
- Envíos activos**
- ID: 19699 ENVIAR SECC: ANT TÍTULO: EFECTO DE UMA INTERVENÇÃO COM A TERAPIA COMUNITÁRIA... ESTADO: EN REVISIÓN**
- Elementos 1 - 1 de 1**
- Empezar un nuevo envío**
- HAGA CLIC AQUÍ para ir al primer paso del proceso de envío en cinco pasos.**
- PUBLICACIONES UNIVERSITAT D'ALACANT UA Revistes Científiques**
- Servicio de ayuda de la revista**
- Scopus**
- Scielo**
- EMERITENSES REVISTA CIENTÍFICA INDEXADA**

Efecto de una intervención con terapia comunitaria integradora sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas

Effect of intervention with integrative community therapy on self-esteem and self-efficacy of psychoactive substance users

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

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the effect of an Integrative Community Therapy (TCI) intervention program on the self-esteem and self-efficacy of psychoactive substance users. This is a quasi-experimental intervention study, conducted with 21 inmates from three therapeutic communities in the Araguaia Valley region, who underwent six TCI wheels in the first half of 2018. The collection took place in three stages, using a semi-structured questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Perceived General Self-Efficacy Scale, evaluated by non-parametric statistical method. The results revealed that the average age of the participants was 37.57 years, being pardos and unmarried. The use of TCI helped improve their self-esteem and self-efficacy levels when compared to the initial stage ($p=0.002$; $p=0.003$). The use of TCI had positive effects on self-esteem and self-efficacy, pointing it as an important, low-cost and affordable health care technology that should be included in the therapeutic plan of these users.

Keywords: Self-Efficacy; self-concept; mental health; complementary therapies; drug users.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de un programa de intervención de Terapia Comunitaria Integradora (TCI) sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas. Este es un estudio de intervención cuasi experimental, realizado con 21 reclusos de tres comunidades terapéuticas en la región del Valle de Araguaia, que se sometieron a seis ruedas de TCI en la primera mitad de 2018. La recopilación se realizó en tres etapas, utilizando un cuestionario semiestructurado, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Autoeficacia General Percibida, evaluada mediante un método estadístico no paramétrico. Los resultados revelaron que la edad promedio de los participantes fue de 37,57 años, siendo hombres pardos y solteros. El uso de las TCI ayudó a mejorar los niveles de autoestima y

autoeficacia en comparación con la etapa inicial ($p=0.002$; $p=0.003$). Se concluyó que el uso de las TCI tuvo efectos positivos sobre la autoestima y la autoeficacia, señalando que es una tecnología importante y asequible para el cuidado de la salud que debe incluirse en el plan terapéutico de estos usuarios.

Palabras clave: Autoeficacia; autoimagem; salud mental; terapias complementarias; consumidores de drogas.

RESUMO

Objetivou avaliar o efeito de um programa de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na autoestima e na autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas. Trata-se de um estudo de intervenção quase-experimental, realizado com 21 internos de três comunidades terapêuticas na região do Vale do Araguaia, submetidos a seis rodas de TCI no primeiro semestre de 2018. A coleta ocorreu em três etapas, utilizando um questionário semiestruturado, a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida, avaliados por método estatístico não-paramétricos. Os resultados revelaram que a média de idade dos participantes foi de 37,57 anos, sendo homens pardos e solteiros. O uso da TCI auxiliou os usuários na melhora dos níveis de autoestima e autoeficácia quando comparado a etapa inicial ($p=0,002$; $p=0,003$). Conclui-se que o uso da TCI apresentou efeitos positivos sobre a autoestima e a autoeficácia, apontando-a como uma importante tecnologia do cuidado em saúde, acessível e de baixo custo, que deve ser inserida no plano terapêutico desses usuários.

Palavras-chave: Autoeficácia; autoestima; saúde mental; terapias complementares; usuários de drogas.

INTRODUÇÃO

No mundo, 275 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos já usaram drogas pelo menos uma vez na vida, sendo registradas, em 2015, cerca de 450.000 mortes em decorrência dos malefícios ocasionados direta ou indiretamente por esse consumo, o que se constitui um grave problema de saúde pública. Muitos países ainda não fornecem tratamento adequado e serviços de saúde para reduzir os danos do consumo de substâncias psicoativas (SPA), sendo que apenas uma a cada seis pessoas alcança esse tratamento (UNODC, 2018). Dentre os fatores que são prejudiciais ao usuário, pela situação de dependência de substâncias, destaca-se o comprometimento da autoestima e da autoeficácia, que, quando não se encontram adequadas,

podem agravar ainda mais a condição de vida deste usuário, fator que dificulta a sua adesão ao tratamento.

A autoestima tem sido relacionada ao sentimento de valor próprio (Rosenberg, 1989), enquanto que a autoeficácia comprehende a forma como os indivíduos se veem para atingir seus objetivos e controlar o ambiente em sua volta (Bandura, 1989). A autoestima, quando se encontra adequada, está associada a um humor positivo, enquanto uma boa percepção da autoeficácia tem relação com domínios importantes para a pessoa (Rosenberg, 1989), aspectos fundamentais para a manutenção no projeto terapêutico estabelecido. Ao contrário disso, com a baixa autoestima e a baixa autoeficácia, o processo de cuidado é prejudicado, seja por conta dos entraves do sentimento de impotência e incapacidade (Ronzani, Noto & Silveira, 2014), seja pela maior dificuldade em compartilhar emoções, apresentando menor incidência no enfrentamento dos problemas, e prejuízos nas perspectivas de mudança (Altamirano, Hernández & García, 2012; Colomar et al., 2014).

Diante disso, torna-se necessária a busca de novas possibilidades de tratamento, a fim de alcançar esses usuários, especialmente através de práticas de cuidados que sejam familiares ao seu contexto de vida e ambiente, e que possuam caráter comunitário para facilitar as manifestações e garantir a rede de apoio solidária. Exemplos de práticas dessa natureza já são consolidados no Brasil, desde 2006, particularmente após a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). Essas práticas envolvem abordagens que visam a estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de técnicas eficazes e seguras, que utilizam a escuta acolhedora, a criação de vínculos sociais, a interação com o meio ambiente e a sociedade, a ampliação da visão do processo saúde-doença e a promoção do autocuidado (Brasil, 2015). No campo da dependência química, pesquisadores brasileiros têm reportado os benefícios dessa prática, como o uso da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) (Giffoni & Santos, 2011; Lemes et al., 2017; Lemes et al., 2019).

A TCI, criada em 1987 e inserida no SUS em 2008, trata-se de uma modalidade terapêutica realizada no âmbito da comunidade, por meio de roda/sessão capaz de proporcionar aos participantes espaço de escuta terapêutica qualificada, além de contribuir para a melhora da autoestima (Cordeiro et al., 2011) e da autonomia (Melo et al., 2015), ativando o despertar para a corresponsabilização no processo de recuperação e, consequentemente, na promoção do autocuidado.

Todavia, devido à escassez de pesquisas que mensurem sistematicamente a efetividade dessa intervenção junto a esses usuários, objetivou-se, neste estudo, avaliar o efeito de um

programa de intervenção com a TCI na autoestima e a autoeficácia de usuários de substâncias psicoativas.

MÉTODOS

Estudo de intervenção quase-experimental quantitativo foi realizado com internos de três comunidade terapêutica, localizadas na região do Vale do Araguaia, Brasil. Essa região possui quatro Comunidades Terapêuticas (CT), sendo três masculinas e uma feminina.

As CT selecionadas são instituições similares em relação à proposta de acompanhamento, de natureza religiosa, protestante evangélica, com capacidade para até 30 homens com idade ≥ 18 anos que se encontram em situação de dependência química. A escolha por instituições masculinas foi devido ao número maior de participantes com características semelhantes na modalidade de recuperação.

A entrada dos usuários nestas CT ocorre por meio de demanda espontânea ou por encaminhamento dos serviços de saúde local. Os internos podem permanecer até doze meses em abordagem de reclusão. A assistência médica, quando necessária, é realizada pela rede de saúde local disponível, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Brasil, 2019). Estas unidades são consideradas como uma das opções de apoio na recuperação de usuários de SPA na região e por serem vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Atualmente, tais serviços são parte integrante do Ministério da Cidadania (órgão federal responsável pelo tratamento de dependentes químicos), através do Decreto nº 9.761/2019, que aprovou a atual Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019).

A população do estudo foi selecionada por conveniência de acessibilidade (Creswell, 2014), sendo composta por 32 homens residentes nestas CT. Os critérios de inclusão foram: homens ≥ 18 anos, que tenham participado das seis rodas de TCI. Foram excluídos da pesquisa usuários com menos de uma semana de acompanhamento em uma das três CT. Após aplicação desses critérios, atingiu-se a amostra de 29 participantes.

Todo o processo da pesquisa (coleta de dados e intervenção) teve a duração de 10 semanas consecutivas, e foi dividido em três etapas, denominadas pré-intervenção (T0), intervenção e T1 (primeiro *follow-up*) e pós-intervenção e T2 (segundo *follow-up*). Todos os procedimentos foram realizados separadamente em cada CT. A figura 1 apresenta o protocolo e etapas do estudo, bem como as perdas durante o seguimento.

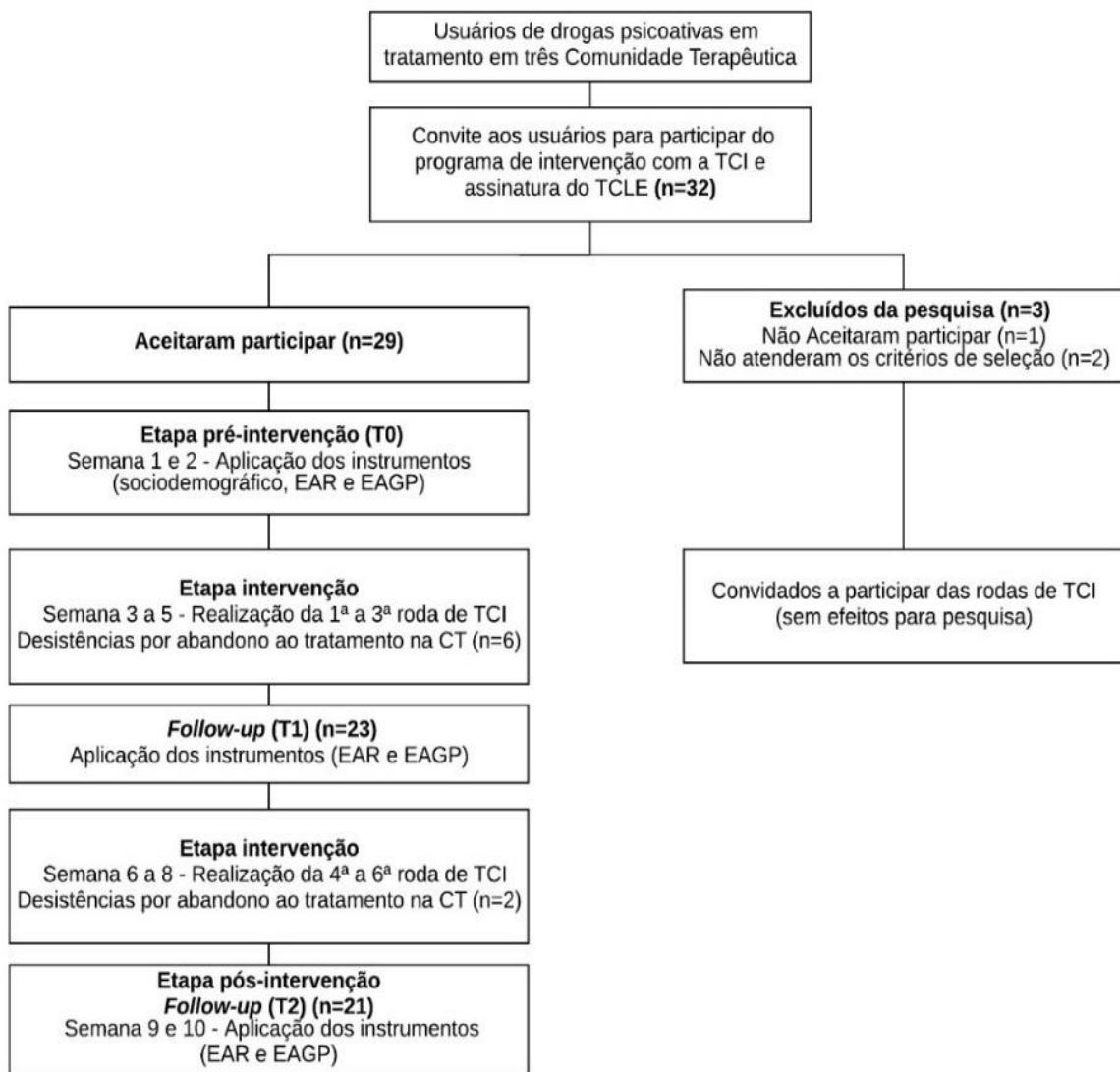


Figura 1 - Fluxograma do protocolo de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa.

A primeira etapa do estudo, “pré-intervenção”, foi destinada à visita às CT para apresentação dos pesquisadores e auxiliares e das informações sobre os objetivos da pesquisa, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e para aplicação dos instrumentos de coleta de dados (T0). A segunda etapa, “intervenção”, foi destinada à execução das seis rodas de TCI em cada CT. Nessa etapa, houve a aplicação da segunda fase da coleta de dados (T1- primeiro *follow-up* - 3 semanas) a 24 participantes, pois houve perda por abandono ao tratamento na CT de cinco participantes. A coleta de dados ocorreu no intervalo da 3^a para a 4^a roda. A terceira etapa “pós-intervenção” foi destinada à reaplicação dos instrumentos de coleta de dados (T2 segundo *follow-up* – 6 semanas) a 21 participantes, pois também houve

perda por abandono do tratamento de três participantes entre a realização da 5^a e 6^a rodas e finalização da pesquisa.

Os instrumentos utilizados foram um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios pesquisadores, composto por questões objetivas sociodemográficos (idade, cor da pele, estado civil, religião, escolaridade, situação de emprego atual e renda familiar) e o perfil de uso de substâncias psicoativas e tratamento para dependência. Além disso, foram utilizados dois inventários validados no Brasil, a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). Quanto às coletas de dados, ocorreram em local calmo e seguro, por entrevista, tendo duração média de 30 minutos.

A EAR avalia a autoestima global através de sentimentos de autoestima e autoaceitação. É composta por 10 questões (cinco positivas e cinco negativas), respondidas em uma escala tipo *likert* de quatro pontos (1–Concordo completamente, 2–Concordo, 3–Discordo, 4–Discordo completamente). Para os itens 1, 2, 4, 6 e 7 (de autoconfiança), a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 4; concordo = 3; discordo = 2; e discordo completamente = 1. Em relação aos itens 3, 5, 8, 9, e 10 (de auto depreciação), a pontuação é invertida. O valor total é através da soma dos valores dos itens, obtendo valores entre 10 e 40 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a percepção de autoestima. A versão validada no Brasil apresentou consistência interna com alfa de *Cronbach* de 0,90 (Hutz & Zanon, 2011).

A EAGP é uma escala utilizada para avaliar auto crenças otimistas para lidar com uma variedade de demandas difíceis na vida. É composta de 10 questões tipo *likert* numa escala de 1 a 4; quanto maior a pontuação, maior a percepção de autoeficácia. Sendo esta versão validada no Brasil com consistência interna do alfa de *Cronbach* 0,85 (Sbicigo et al., 2012).

Quanto à intervenção proposta, os usuários foram submetidos a um programa de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa. A TCI trata-se de uma prática brasileira, criada em 1987, inserida no SUS no ano de 2008 e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2017 (Barreto, 2008; Brasil, 2018), como uma ferramenta de intervenções e cuidado na saúde mental, por possibilitar a ampliação ações preventivas e de promoção à saúde (Ferreira Filha, Lazarte & Dias, 2019). Esta prática está alicerçada em cinco pilares teóricos: o pensamento sistêmico; a pedagogia de Paulo Freire; a Antropologia cultural; a teoria da comunicação; e a resiliência que norteiam a sua aplicação (Barreto, 2008).

O protocolo de intervenção foi composto por seis rodas de TCI aplicadas aos residentes nas CT. Destaca-se que não foi encontrado na literatura estudo que mencionasse o número mínimo de rodas de TCI a ser aplicado que avaliavam sua efetividade. Optou-se por realizar seis rodas devido à dificuldade de manutenção dos usuários por período maior do que dois

meses de tratamento em CT. Os participantes vivenciaram a aplicação da TCI junto aos terapeutas comunitários (facilitadores da intervenção), com duração média de 90 minutos cada roda/sessão, realizadas no período de janeiro a maio de 2018. Os terapeutas comunitários seguiram o protocolo de execução/realização das rodas de TCI criado pelo precursor desta terapia, que compreende a um passo a passo de cinco etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento (Barreto, 2008).

Os dados foram duplamente lançados em planilha do Microsoft Excel® 2013 e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS®* versão 22. Os dados oriundos do questionário semiestruturado foram analisados por meio da estatística descritiva. Os valores das pontuações das escalas utilizadas (EAR e EAGP) foram apresentados através de mediana, média e desvio-padrão e aplicação do teste de comparação de K grupos pareados, Teste de Friedman, e posterior comparação aos pares, *post hoc* Teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni ao nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Foram respeitados todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciando a investigação somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, sob CAAE: 68444017.8.0000.5393 e parecer nº 2.487.000.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 21 participantes, sendo homens, com idade entre 19 e 61 anos, com média de idade de 37,57 anos, que se autodeclararam pardos (62%), solteiros (62%), com religião (86%), tendo cursado, de forma completa ou incompleta, o ensino fundamental (67%), sem emprego renomeado (82%) e ausência de renda familiar (57%).

A substância de primeiro uso entre os usuários foi o álcool (48%), seguido do tabaco (24%) e a maconha (19%), consumida com idade entre 5 a 29 anos. Verificou-se, entre eles, um histórico de múltiplas internações para tratar a dependência (67%), sendo o tratamento atual buscado em decorrência do uso abusivo de crack (48%) e álcool (28%).

Na Tabela 1, verificam-se alterações na média e mediana dos escores obtidos na EAR, antes, durante e após a intervenção, demonstrando uma melhora nos níveis de autoestima, quando comparado o T1 (29,48), T2 (32,38) ao estado inicial - T0 (28,14). Observou-se, ainda, uma diferença significativa entre as médias, se comparadas antes e depois ($p=0,002$) da intervenção com a TCI (Tabela 1).

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)

Escala de Autoestima de Rosenberg			
Descrição	Média±DP	Mediana (Max – Min)	p-valor
T0 – EAR	28,14±4,30	28,16 (37 - 19)	
T1 – EAR	29,48±3,34	31 (33 - 21)	0,001 ^a
T2 – EAR	32,38±4,75	34 (40 - 21)	
EAR – T0xT1			0,651
EAR – T0xT2			0,002 ^b

^ap<0,05- teste de Friedman e teste de comparação de K grupos pareados.

^bp<0,05 post hoc teste Wilcoxon com correção de Bonferroni.

Na Tabela 2, verifica-se um aumento progressivo nos valores da média da autoeficácia, quando comparados o T1 (32,66) e o T2 (34,90) ao estado inicial - T0 (29,95), sendo confirmado pelo pós teste realizado ($p=0,003$) (Tabela 2).

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)

Escore Escala da Autoeficácia Geral Percebida			
Descrição	Média±DP	Mediana (Max - Min)	p-valor
T0-AEGP	29,95±4,82	30 (39 - 20)	
T1-AEGP	32,66±4,59	33 (40 - 26)	0,001 ^a
T2-AEGP	34,90±5,21	37 (40 - 24)	
AEGP- T0 x T1			0,84
AEGP- T0 x T2			0,003 ^b

^ap<0,05- teste de Friedman e teste de comparação de K grupos pareados.

^bp<0,05 post hoc teste Wilcoxon com correção de Bonferroni.

DISCUSSÃO

Existe constante procura por tecnologias leves (Merhy, 1997) e de baixo custo como alternativas para auxiliar no tratamento do uso de substâncias psicoativas. A TCI tem se destacado como uma técnica promissora; apesar disso, existem poucas pesquisas que avaliaram seus efeitos entre usuários de SPA.

Os resultados deste estudo sugerem que, dentre os participantes das rodas de TCI, ocorreu uma melhora dos níveis de autoestima e a autoeficácia, quando comparado ao estado inicial avaliado, revelando achados pioneiros dos efeitos desta terapia.

Os participantes do estudo apresentaram boa média nos níveis de autoeficácia e autoestima, talvez por já se encontrarem em recuperação. Dados distintos foram encontrados em estudo no sul do Brasil, o qual mostrou autoestima baixa em 96% dos usuários em tratamento para dependência química (Silveira et al., 2013), diferença que pode ter sido atribuída ao fato de que os instrumentos para mensuração da autoestima foram diferentes nos estudos.

Estudo realizado na Paraíba (BR) demostrou que o uso de álcool apresenta influência negativa na autoestima; pois quanto maiores forem os problemas com o álcool, menor o autovalor e autodepreciação do usuário, condição que pode ser geradora de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de SPA (Formiga et al., 2014), com comprometimento para a saúde e a qualidade de vida (Silveira et al., 2013).

Altos níveis de autoestima precedem a melhora do estado de bem-estar e boa saúde em geral, o que se reflete em altos níveis de autoeficácia (Fernández-Ballesteros et al., 2002; Mesa-Fernández et al., 2019). Em relação aos usuários, isso permite a participação ativa no seu processo de reabilitação, incluindo-se nas atividades ofertadas no ambiente terapêutico.

Uma revisão sistemática internacional apresentou resultados benéficos da autoestima, estando diretamente associada no auxílio na persistência após falhas (Baumeister et al., 2003), assim como um estudo norte-americano, entre jovens multirraciais, que sinalizou a autoestima como recurso que colabora para o alcance de uma visão favorável sobre si, podendo diminuir o uso de SPA (Fisher et al., 2017).

Estudo realizado em comunidades terapêuticas, cujo objetivo foi analisar a relação da autoeficácia e a estratégia de enfrentamento antecipatório, reportou que quanto mais o indivíduo acredita ser eficaz ao lidar com emoções negativas, mais se sentirá capaz de ser assertivo na recusa de substâncias de abuso, com autocontrole emocional (Rodrigues, Alves & Martins, 2019). Além disso, pesquisa mexicana reportou que a presença de autoestima e autoeficácia

contribui para diminuir a quantidade de uso de bebida alcoólica e tabaco entre adolescentes (Maldonado et al., 2008).

Como visto anteriormente, os resultados desta investigação sugerem que a aplicação da TCI pode ser responsável por melhorar os níveis de autoestima e autoeficácia entre os usuários de SPA em tratamento. As análises demonstraram aumento nas médias de pontuação das escalas utilizadas, durante e após as intervenções, o que sugere que a TCI não foi somente eficaz na melhora desses indicadores durante a intervenção, mas também ao longo da recuperação dos usuários, o que propõe que em quanto mais rodas os usuários participarem, melhores podem ser os resultados.

Alguns autores reforçam que a TCI auxiliou na melhora da autoestima após sua realização com usuário de álcool (Giffoni & Santos, 2011), com familiares de usuários de álcool (Ferreira Filha et al., 2012) e com usuários de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas (Lemes et al., 2019).

Estudos brasileiros destacam que as rodas de TCI propiciam a oportunidade de melhora da autoestima, por constituírem-se num espaço de reflexão e promoção da resiliência, da troca de experiências de vida, da expressão de sentimentos (negativos e positivos) (Cordeiro et al., 2011; Melo et al., 2015; Ferreira, Lazarte & Dias, 2019) e do fortalecimento dos vínculos interpessoais. Percebe-se, então, que se trata de uma experiência ampla que congrega fatores importantes que contribuem positivamente na vida de usuários de SPA.

A TCI, por promover a criação de vínculos entre usuários, terapeutas comunitários e trabalhadores dos serviços, pode ser um fator que solidifica a adesão ao serviço e ao tratamento. Autores apontam que a autoestima e a autoeficácia podem contribuir para a melhora do autocontrole sobre o consumo de SPA, além de melhorar o enfrentamento de risco e convívio social de apoio (Ávila et al., 2016), condições importantes para a mudança de comportamento de uso e para a manutenção do foco, quer seja a reabilitação que visa à redução de danos quer seja a abstinência de SPA.

Estudo brasileiro realizado no Ceará mostrou a necessidade de que os usuários de substâncias tenham a possibilidade de participar ativamente do processo terapêutico e que sejam escutados de modo ativo pelos profissionais que os atendem (Costa et al., 2015). Nesse caso, a TCI possibilita uma escuta dessa natureza e promove a participação ativa do usuário.

O que se percebe neste estudo (e outros autores corroboram) é que se torna necessária a avaliação da autoestima e da autoeficácia no planejamento e na sistematização de ações, a serem executadas com esses usuários, voltadas para a introdução de atividades que auxiliem no

processo de reabilitação (Costa et al., 2015), seja em serviços de saúde abertos ou fechados, desde que respeitem a participação ativa do usuário em seu processo terapêutico.

A necessidade do fortalecimento da autoestima e da autoeficácia deve se estender também ao campo da prevenção, pois a baixa autoeficácia foi considerada em estudo internacional realizado com adolescentes (Karatay & Baş, 2019) como fatores de risco para o início do consumo de SPA. Assim, empenhar esforços juntos a essas categorias, e precocemente nos ciclos de vida, torna-se fator decisivo para a prevenção do uso dessas substâncias.

Dessa forma, pode-se sugerir com o presente estudo que, dentre os participantes das rodas de TCI, houve uma melhora nos níveis de autoestima e autoeficácia, quando comparados à etapa inicial. Dessa forma, sugere-se que seu uso pode e deve ser expandida como uma prática integrativa e complementar a outros tipos de serviços e também em programas de prevenção do uso de SPA e promoção da saúde em situação de dependência de substância.

Como limitações, destacam-se o tamanho amostral e a inclusão de apenas uma localidade, embora esteja de acordo com as características da população estudada – que apresenta alta rotatividade - e também pelo perfil de esse tipo de serviço não comportar grande quantitativo de usuários em sistema de internação residencial. Assim sendo, ressalta-se a necessidade da continuidade de investigações para testar os efeitos da TCI e verificar seus benefícios nos diversos grupos da população e serviços comunitários.

CONCLUSÃO

As evidências apresentadas neste estudo apontaram efeitos positivos da TCI na melhoria da autoestima e da autoeficácia entre usuários de substâncias psicoativas, o que reforça a importância dessa tecnologia leve em saúde no acolhimento e cuidado dessa clientela.

Os achados demonstraram que, quanto em mais rodas de TCI o usuário participar, melhor poderão ser seus resultados, sugerindo, neste estudo, um protocolo de aplicação desta terapia de no mínimo seis rodas de TCI em pesquisas a serem realizadas com usuários de SPA em tratamento, tendo em vista os resultados alcançados.

As evidências também revelaram o potencial de aplicabilidade da TCI, como terapia única neste contexto de tratamento, bem como complementar, enquanto recurso terapêutico que auxilia o usuário na ressignificação de suas histórias de vida e sofrimento advindos de tais percursos, além do enfrentamento e manejo das possíveis adversidades ou obstáculos que se apresentam no decorrer do tratamento. Impactando na qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas e no processo de saúde doença.

REFERÊNCIAS

- Altamirano, M. V., Hernández, J. L. A., & García, A. L. M. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta colombiana de Psicología*. 15(1), 131-141.
- Ávila, A. C., Yates, M. B., Silva, D. C., Rodrigues, V. S., & Oliveira, M. S. (2016). Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). *Aletheia*. 49, 74-88.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 44(9), 1175-1184.
- Barreto, A. P. (2008). Terapia Comunitária passo a passo. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*. 4(1), 1-44, 2003.
- Brasil. Ministério da saúde. (2015). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS*: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Colomar, M., Tong, V. T., Morello, P., Farr, S. L., Lawsin, C., Dietz, P. M., et al. (2014). Barriers and Promoters of an Evidenced-Based Smoking Cessation Counseling During Prenatal Care in Argentina and Uruguay. *Maternal and Child Health Journal*. 1-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *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.
- Cordeiro, R. C., Azevedo, E. B., Silva, M. S. S., Ferreira Filha, M. O., Silva, P. M. C., & Moraes, M. N. (2011). Terapia Comunitária Integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*. 9(2), 192-201.
- Costa, C. T. S., Albuquerque, J. T. P. J., Oliveira, E. N., Rocha, S. P., & Araújo, L. N., Bandeira, A. C. N. (2015). Intervenção motivacional breve no cuidado à saúde do usuário de substância hospitalizado. *SANARE Suplemento*. 14(2), 25-29.
- Creswell, J. W. (2014). Research design: quantitative, qualitative and mixed methods approaches. 4th ed. Sage Publications: CA.

- Fernández-Ballesteros, R., Díez-Nicolás, J., Caprara, G. V., Barbaranelli, C. & Bandura, A. (2002). Determinants and structural relation of perceived personal efficacy to perceived collective efficacy. *Applied Psychology: an international review*. 51(1), 107-125.
- Ferreira Filha, M. O., Lazarte, R., & Dias, M. D. (2019). *Terapia comunitária integrativa e a pesquisa ação/intervenção: estudos avaliativos*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Ferreira Filha, M.O., Sá, A.N.P., Rocha, I.A., Silva, V.C.L., Souto, C.M.R.M., & Dias, M.D. (2012). Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. *Revista RENE*. 13(1), 26-35.
- Fisher, S., Zapolski, T.C.B., Sheehan, C., & Barnes-Najor, J. (2017). Pathway of protection: Ethnic identity, self-esteem, and substance use among multiracial youth. *Addictive behaviors*. 72, 27-32. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28343088>.
- Formiga, N.S., Souza, R.C.M., Picanço, E.L., & Santos, J.D.B. (2014). Transtorno no uso do álcool e autoestima: verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais. *Mudanças: psicologia da Saúde*. 22(1), 9-19.
- Giffoni, F.A.O., & Santos, M.A. (2011). Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19(n. Spe), 821-830.
- Hutz, C.S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista Avaliação psicológica*. 10(1), 41-49.
- Karatay, G., & Baş, N.G. (2019). Factors affecting substance use and self-efficacy status of students in eastern Turkey. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24(4), 1317-1326.
- Lemes, A.G., Nascimento, V.F., Rocha, E.M., Moura, A.A.M., Luis, M.A.V., & Macedo, J.Q. (2017). Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. 13(2), 101-108.
- Lemes, A.G., Rocha, E.M., Nascimento, V.F., Volpato, R.J., Almeida, M.A.S.O., Franco, S.E.J., et al. (2019). Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. *Acta Paulista de Enfermagem*. No prelo.
- Maldonado, R.M., Pedrão, L.J., Castilho, M.M.A., García, K.S.L., Rodríguez, N.N.O. (2008). 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*. 16(n.Spe), 614-620.
- Melo, P.S., Ribeiro, L.R.R., Costa, A.L.R.C., & Urel, D.R. (2015). Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. *Revista*

- Online de pesquisa cuidado é fundamental.* 7(2), 2200-2214. Recuperado de: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2841/pdf_1521.
- Merhy, E.E. (1997). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.* Recuperado de https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145/.
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24(1), 115-124.
- Rodrigues, G.C., Alves, R.B., & Martins, P.R. (2019). Relação entre autoeficácia e estratégias de enfrentamento de usuários abstinentes de drogas. *Revista Saúde e Pesquisa*. 12(2), 283-294.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., Silveira, P. S. (2014). Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Rosenberg, M. (1989). Society and the adolescent self-image. Revised Edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sbicigo, J.B., Teixeira, M.A.P., Dias, A.C.G., & Dell'Aglio, D.D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *Revista PSICO*. 43(2), 139-146.
- Silveira, C., Meyer, C., Souza, G.R., Ramos, M.O., Souza, M.C., Monte, F.G., et al. (2013). Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(7), 2001-2006.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Booklet 1. E18(XI.9), 34. Recuperado de <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>.

9. CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV

LEMES, A. G. et al. Demandas y estrategias para el enfrentamiento a la dependência química reveladas en la Terapia Comunitaria Integrativa. Humanidades Médicas. 2020;20(1):146-166.

Considerando que o periódico no qual o artigo foi publicado tem como política disponibilizar seus conteúdos em dois idiomas, registramos aqui as versões também publicada em Português, embora será apresentada a seguir apenas a versão em Espanhol.

LEMES, A. G. et al. Principais demandas e estratégias para enfrentamento da dependência química reveladas na Terapia Comunitária Integrativa. Humanidades Médicas. 2020;20(1):146-166.

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

Demandas e estratégias para o enfrentamento da dependência química reveladas na Terapia Comunitária Integrativa

Demands and strategies for coping with chemical dependence revealed in Integrative Community Therapy

Alisséia Guimarães Lemes ^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-6155-6473>

Vagner Ferreira do Nascimento ² <http://orcid.org/0000-0002-3355-163X>

Rosa Jacinto Volpato ³ <http://orcid.org/0000-0001-5709-7008>

Margarita Antonia Villar Luis ⁴ <http://orcid.org/0000-0002-9907-5146>

¹Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

²Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Campus Universitário de Tangará da Serra. Tangará da Serra, MT, Brasil.

³Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP). São Paulo, SP, Brasil

⁴Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil.

*Autora para la correspondencia: alisseia@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Este trabajo tiene como **objetivo** evaluar las principales demandas y estrategias reveladas por los usuarios de sustancias psicoactivas durante la ejecución de un programa de intervención con Terapia Comunitaria Integrativa.

Método: Este es un estudio documental, retrospectivo y cualitativo, realizado sobre la base de las formas de evaluación y cierre de las ruedas de la Terapia Comunitaria Integrativa llevadas a cabo entre enero y mayo de 2018, en tres instituciones de recuperación de la dependencia química en el Valle del Araguaia, Brasil. El análisis de contenido se utilizó en la modalidad temática.

Resultados: Las principales demandas se refieren al contexto familiar, sufrimiento e incomodidad. Las estrategias más utilizadas para hacer frente a la drogadicción fueron: autoestima, manejo de sentimientos negativos, vínculos sociales y religiosidad. Los registros señalaron que la Terapia Comunitaria Integrativa permitió un espacio para escuchar, manifestar y compartir el sufrimiento, ayudando en el proceso terapéutico y la atención de estos usuarios.

Discusión: Los registros permitieron inferir los efectos beneficiosos de la participación en las ruedas de TCI, particularmente al acoger las demandas de los participantes, en el despertar de los mecanismos para hacer frente a la adversidad, dándoles la oportunidad de redimensionar sus conflictos, sufrimientos y emociones.

Palabras clave: acogimiento; apoyo social; participación de la comunidad; consumidores de drogas.

RESUMO

Introdução: Este trabalho tem como **objetivo** avaliar as principais demandas e estratégias reveladas por usuários de substâncias psicoativas durante a execução de um programa de intervenção com a Terapia Comunitária Integrativa.

Método: Trata-se de um estudo documental, retrospectivo e qualitativo, realizado a partir das fichas de apreciação e fechamento das rodas de Terapia Comunitária Integrativa realizadas entre janeiro a maio de 2018, em três instituições de

recuperação de dependência química no Vale do Araguaia, Brasil. Utilizou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática.

Resultados: As principais demandas se referem ao contexto familiar, sofrimentos e desconfortos. As estratégias mais utilizadas no enfrentamento da dependência química foram: autoestima, manejo de sentimentos negativos, vínculos sociais e religiosidade. Os registros apontaram que a Terapia Comunitária Integrativa possibilitou espaço de escuta, manifestação e partilha de sofrimentos, auxiliando no processo terapêutico e cuidado desses usuários.

Discussão: Os registros permitiram inferir os efeitos benéficos da participação nas rodas de TCI, particularmente no acolhimento das demandas dos participantes, despertando os mecanismos para enfrentar as adversidades, dando-lhes a oportunidade de redimensionar seus conflitos, sofrimentos e emoções.

Palavras-chave: acolhimento; apoio social; participação comunitária; usuários de drogas.

ABSTRACT

Introduction: This work has as **objective** to evaluate the main demands and strategies revealed by users of psychoactive substances during the execution of an intervention program with Integrative Community Therapy.

Method: This is a documentary study, retrospective and qualitative, carried out based on the forms of assessment and closure of the Integrative Community Therapy rounds carried out between January and May 2018, in three institutions for recovery of chemical dependency in the Araguaia Valley, Brazil. Content analysis was used in the thematic modality.

Results: The main demands refer to the family context, suffering and discomfort. The most used strategies for coping with chemical dependency were: self-esteem, handling of negative feelings, social bonds and religiosity. The records pointed out that the Integrated Community Therapy allowed space for listening, manifesting and sharing suffering, helping in the therapeutic process and care of these users.

Disscusion: The evidence allowed inferring the beneficial effects of the participation in the Integrated Community Therapy, particularly when collecting the participants' demands, in the awakening of the mechanisms to face adversity, giving them the opportunity to re-dimension their conflicts, sufferings and emotions.

Keywords: user embracement; social support; community participation; drug users.

Recibido: 05/02/20

Aprobado: 20/04/20

INTRODUCCIÓN

Actualmente, es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud sobre el uso de prácticas integrativas dirigidas a la atención de las personas que usan Sustancias Psicoactivas (SPA), lo que requiere actitudes y acciones que les permitan ampliar su conocimiento sobre los resultados científicos que apuntan a la efectividad de uso de estas prácticas; suscitando así el interés en la búsqueda de la formación necesaria y la aplicación de nuevas herramientas asistenciales en el ámbito de la salud.

Con respecto al uso de SPA, se destaca que este consumo en condiciones abusivas puede llevar al individuo a la condición de dependencia. Tal condición requerirá atención especializada por parte de los servicios de salud, además de comprometer las condiciones generales de vida de los usuarios. La dependencia química se ha considerado una enfermedad de emergencia del siglo XXI debido a los perjuicios y daños que causa en la vida del usuario y su familia, y también es responsable del aumento de la morbilidad y la mortalidad.⁽¹⁾ El alcance de estos impactos está relacionado con características multifactoriales, que involucran problemas sociales (nivel de desarrollo del país, cultura y normas morales, contexto de consumo de

SPA, producción, distribución y regulación) y personales (edad, sexo/género, contexto familiar y estado socioeconómico).⁽²⁾

La literatura ha demostrado que los usuarios que son dependientes tienen pérdidas significativas en varias esferas de sus vidas y que, a su vez, el consumo abusivo de SPA termina induciendo el establecimiento de otros trastornos mentales, aumentando la gravedad de los casos,⁽³⁾ causando daños en diversas esferas de la vida, lo que compromete la dinámica familiar que exige una atención prolongada tanto para los dependientes como para sus familias.

La atención a los usuarios de SPA es un desafío, especialmente debido a las singularidades de las personas y sus contextos de vida, así como a la falta de preparación o interés de los profesionales y servicios de acogida y al establecimiento de los mejores recursos terapéuticos para cada individuo. En este sentido, la Terapia Comunitaria Integrativa (TCI), vista como una tecnología de atención, que compone la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC) del Sistema Único de Salud (SUS),^(4,5) se presenta como importante recurso terapéutico, ya que invita a los usuarios a abandonar al individuo y llegar a la comunidad desde la perspectiva de la autonomía y la corresponsabilidad, para superar sus dependencias y/o necesidades, y ser el protagonista de su propio tratamiento.^(6,7)

Por lo tanto, esta tecnología puede ser parte del arsenal terapéutico de los profesionales de la salud en el cuidado de los drogadictos,⁽⁸⁾ porque además de permitir la intervención del participante, valorar historias de vida, establecer vínculos y crear una red de apoyo, acepta las demandas derivadas de la drogadicción y los alienta a desarrollar estrategias de afrontamiento frente a sus necesidades y sufrimiento.⁽⁹⁾

El uso de prácticas integrativas, como la terapia comunitaria, puede contribuir a ampliar la asistencia de forma complementaria, integral, holística y humanizada. Respetar los derechos de acceso a la atención médica, no solo enfocados en el modelo biomédico, sino vinculados a la oferta de prácticas que respeten su singularidad y necesidad de cada individuo. Además, discutir el uso de prácticas integrativas es necesario para sensibilizar a los profesionales de la salud, n la medida en que se estimula el uso de nuevas tecnologías de atención y se brinda

más autonomía al profesional y un mayor contacto con la comunidad, acercándolo así a lo recomendado por el sistema de salud brasileño.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar las principales demandas y estrategias reveladas por los usuarios de sustancias psicoactivas durante la ejecución de un programa de intervención con Terapia Comunitaria Integrativa.

MÉTODOS

Estudio documental y retrospectivo realizado a través del análisis de formularios de registro de las ruedas de TCI aplicadas en tres instituciones para la recuperación de la dependencia química, ubicadas en la región del Valle del Araguaia, Brasil.

Esta región tiene cuatro casas terapéuticas (CT) como referencia, tres para la atención a hombres y una dedicada a mujeres. Intencionalmente, solo se eligieron instituciones masculinas, ya que esto aumentaría el número de participantes con características similares y también porque las actividades de extensión universitaria ya se desarrollaron en estas instituciones. Las CT seleccionadas son instituciones similares en relación con la propuesta de monitoreo, de carácter religioso protestante evangélico, con capacidad para 30 hombres de ≥ 18 años de edad, en una situación de dependencia química.

El programa de intervención, con la aplicación de ruedas de TCI, se realizó en seis semanas consecutivas en cada CT (A, B, C), en diferentes momentos (día y horas), que generó los formularios de registros utilizados en este análisis temático. El programa se aplicó dentro de una investigación más amplia, dividida en tres etapas:

- Pre-intervención (orientación a los participantes, Término de Consentimiento Libre y Aclarado - TCLA y recolección de datos).
- Intervención (ejecución de las seis ruedas de TCI).
- Post-intervención (finalización de la investigación).

El TCI consiste en una práctica brasileña integradora, insertada en el SUS en 2008 y en la PNPIIC en 2017,⁽⁴⁾ basada en cinco pilares teóricos: pensamiento sistémico, pedagogía de Paulo Freire, antropología cultural, teoría de la comunicación y resiliencia. Y sigue un protocolo de ejecución/realización que consta de cinco pasos: recepción, elección del tema, contextualización, problematización y cierre. Su aplicación se produce a través de ruedas abiertas y públicas.⁽⁷⁾

Tres enfermeras terapeutas comunitarias condujeron las ruedas de la TCI entre los usuarios de las comunidades terapéuticas. Los datos se recopilaron a través de las notas hechas en los formularios de registro de las ruedas, junto con la ejecución de 18 ruedas TCI (seis en cada CT), de enero a mayo de 2018.

Los registros de las ruedas, denominados también Formulario de evaluación y cierre de las ruedas o Formulario de organización de la información de la rueda de TCI, los terapeutas los deben completar después del final de cada rueda. Estos formularios describen la evaluación de los participantes, los temas principales (demandas) presentados y elegidos, el lema propuesto (pregunta clave), las estrategias sugeridas por el grupo para tales confrontaciones y los beneficios autoinformados.⁽¹⁰⁾

Los criterios de inclusión fueron formularios de rueda de TCI realizados con usuarios de sustancias psicoactivas en el período de enero a mayo de 2018 en las CT, que presentaron los registros completos de la evaluación realizada por los terapeutas. El criterio de exclusión establecido son los formularios que no se llevaron a cabo con grupos de usuarios de sustancias psicoactivas.

Se evaluaron 18 formularios de registro de las ruedas de TCI pertenecientes a la colección del laboratorio de investigación Estrés, alcoholismo y uso de drogas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. La investigación doctoral Terapia comunitaria integrativa como estrategia de intervención psicosocial para usuarios de drogas psicoactivas, se vinculó a este laboratorio de investigación.

Todos los aspectos éticos en la investigación con seres humanos se respetaron de acuerdo con la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS) y comenzó la investigación solo después de la aprobación del Comité de Ética de

Investigación de EERP-USP, bajo CAAE: 68444017.8. 0000.5393 y opinión No. 2,487,000.

RESULTADOS

La tabla 1 presenta información sobre las 18 ruedas de TCI realizadas, las que dieron origen a los formularios de registro y análisis temático. El grupo de edad de los participantes comprendía el período de 19 a 60 años:

- CT A, con sujetos de 22 a 60 años.
- CT B, con individuos de 19 a 48 años.
- CT C, con participantes entre las edades de 24 y 57 años.

El número promedio de participantes fue de 8.83 usuarios por rueda.

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)

Comunidad terapéutica	Número de formulario de registro	Número de la rueda	Fecha	Participante (N)	Grupo de edad	Terapeuta comunitario (N)
CT-A	01	R1	24-01-18	13	22 a 60	02
	02	R2	31-01-18	11	22 a 60	02
	03	R3	07-02-18	11	22 a 60	03
	04	R4	14-02-18	11	22 a 60	02
	05	R5	21-02-18	11	22 a 60	02
	06	R6	28-02-18	11	22 a 60	03
CT-B	07	R1	22-03-18	07	22 a 48	02
	08	R2	28-03-18	06	22 a 48	02
	09	R3	04-04-18	07	19 a 48	02
	10	R4	11-04-18	05	19 a 47	03
	11	R5	18-04-18	06	19 a 47	02
	12	R6	25-04-18	04	19 a 47	02

CT-C	13	R1	29-03-18	09	24 a 57	02
	14	R2	05-04-18	08	35 a 57	02
	15	R3	12-04-18	09	27 a 57	02
	16	R4	19-04-18	07	27 a 57	02
	17	R5	26-04-18	09	27 a 57	02
	18	R6	02-05-18	06	27 a 57	03

Fuente: Registro de información de las ruedas de TCI en las comunidades terapéuticas.

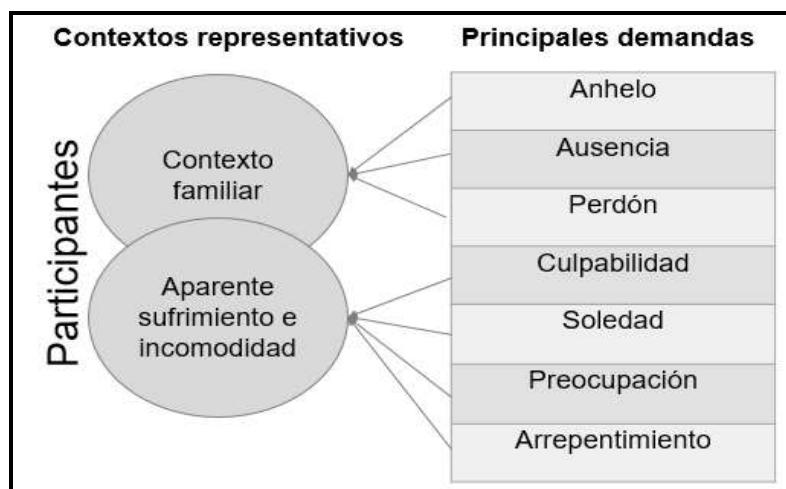
Las pautas para llevar a cabo estudios cualitativos se siguieron de acuerdo con las pautas de la red Equator, utilizando el protocolo internacional Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ).⁽¹¹⁾ Siguiendo todos los criterios del protocolo desde la concepción y construcción del estudio, y luego hubo una nueva verificación y confirmación del cumplimiento de los 32 elementos de la lista de verificación.

El análisis de contenido se utilizó en la modalidad temática, siguiendo las etapas de preanálisis, exploración de materiales, tratamiento e interpretación de datos⁽¹²⁾ a la luz de la concepción de Scherer, Pires y Schwartz, quienes señalan que el trabajo de salud depende de las demandas que han surgido y la necesidad de resolución.⁽¹³⁾ Inicialmente, se leyó cada formulario de evaluación y el cierre de las ruedas, agrupando el material de acuerdo con las principales demandas y estrategias de afrontamiento sugeridas por los participantes. A partir de esto, se definieron dos categorías temáticas: Demandas reveladas por los usuarios de sustancias psicoactivas en la terapia comunitaria y Estrategias para hacer frente a la dependencia química revelada por los usuarios de sustancias psicoactivas en la terapia comunitaria.

En la primera categoría, las principales demandas están relacionadas con la experiencia existencial de los participantes en la vida diaria de recuperación de la dependencia química.

Estas demandas se agruparon y organizaron a través de una interfaz de contextos representativos de los participantes (contexto familiar y aparente sufrimiento e incomodidad). En el contexto familiar, estos elementos se volvieron hacia la

colectividad (el otro), mientras que los otros se centraron en el individuo (usuario/participante). (Figura 1)



Fuente: Registro de información de las ruedas de TCI en las comunidades terapéuticas.

Figura 1 Principales demandas presentadas por los participantes de las ruedas de TCI. Valle del Araguaia, Brasil, 2018.

En la Figura 1, se identifica la inseparabilidad de las demandas de los participantes respecto a las dimensiones psíquicas que los acompañan durante el proceso de recuperación. Se observa que los participantes expresaron principalmente sentimientos y características (culpabilidad, arrepentimiento, soledad, preocupación) que correspondían a las demandas necesarias y se abordaron en las ruedas de TCI.

En la segunda categoría, las estrategias incluyeron aspectos intrapersonales e interpersonales, deseos y expectativas y los medios autoinformados para lograr los objetivos deseados. (Figura 2)

Aspectos intrapersonales autoinformados:	Aspectos interpersonales autoinformados:	Deseos y expectativas autoinformados:	Medios autoinformados por los participantes para lograr las estrategias sugeridas
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima; • Autoconfianza; • Manejo de sentimientos negativos; • Centrarse en pensamientos positivos; • Mantener la calma; • Reflexionar antes de actuar; • Optar por el silencio en situaciones de conflicto;) • Aprender a perdonar y aceptar el perdón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculos familiares: restablecer el contacto y restaurar la confianza; buscar apoyo, consejo, perdón, fortaleza y el abrazo de los miembros de la familia; • Lazos de amistad: nuevas amistades; apoyo en amigos, desahogar, • Eliminación de personas que comparten sentimientos negativos y malas compañías; • Acerarse a las personas que confían. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rescatar la esperanza; • Mejor futuro; • Cambio de vida; • Deshacerse de las drogas; • Empleo remunerado; • Recuperar pérdidas materiales y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Religiosidad: apoyo en Dios (la y consuelo); oraciones, participación en servicios religiosos; • Tratamiento recibido: participación en las actividades laborales de la CT; práctica de ejercicios físicos; participación en las actividades integradoras complementarias ofrecidas, apoyo a la comunión entre pares; participación en actividades ofrecidas por voluntarios de cursos técnicos y de educación superior

Fuente: Registro de información de las ruedas de TCI en las comunidades terapéuticas.

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.

Se observa que las dimensiones (aspectos intrapersonales e interpersonales) reflejan las características principales (autoestima, manejo de sentimientos negativos y la importancia de los lazos sociales) para motivar al usuario a adherirse y mantenerse en el tratamiento. Con este fin, los participantes utilizaron algunos instrumentos (deseos, expectativas y medios autoinformados) para mantenerse y tener éxito en la atención terapéutica (cambio de vida, religiosidad y tratamiento recibido).

DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados y las experiencias vividas por los terapeutas comunitarios, se sugiere que cada rueda de TCI esté compuesta por al menos cinco usuarios y dos terapeutas comunitarios para conducir mejor y aprovechar los temas tratados por los participantes. Las demandas presentadas en las ruedas reflejaron las necesidades que enfrentan los participantes en la vida diaria del proceso de rehabilitación. Y la motivación para compartir las colectivamente puede estar

relacionada con el espacio terapéutico proporcionado por la TCI y la necesidad de expresar sufrimientos individuales que pueden ayudar a redimensionar las pérdidas causadas por la dependencia química, además del reconocimiento del apoyo y el potencial terapéutico del grupo.

En este estudio, las principales demandas se centraron principalmente en el contexto familiar, más específicamente en relación con la ausencia, el anhelo y la necesidad de perdón. Estas demandas apuntan a una fragilidad de los participantes, una característica que los hace sensibles y accesibles para ser incluidos en las prácticas de atención, donde la participación con los pares puede hacer que la ruta terapéutica sea más comprensible y menos dolorosa.

Las demandas relacionadas con problemas familiares similares al presente estudio también se encontraron en una investigación realizada en el Nordeste de Brasil entre niños, adolescentes, mujeres y ancianos usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) que participaron en ruedas de TCI; también presentaron demandas relacionadas con miedo, preocupación, inseguridad, prejuicio, soledad, problemas de salud y violencia.⁽¹⁴⁾

Lo más destacado del contexto familiar posiblemente se deba a la importancia que este entorno y la vida social tienen en la vida de las personas, como la construcción de la primera red social, donde se aprenden los valores y los primeros ejemplos de vida, riesgos, protección y oportunidades. Por otro lado, al mismo tiempo que asumen que el entorno familiar ofrece oportunidades para el crecimiento y el fortalecimiento humano, comprenden también que hay signos que dificultan el mantenimiento del ciclo social y anticipan el contacto con sustancias psicoactivas. Hoy, se cuestiona si la familia, especialmente los padres, es la mejor prevención de estas inequidades.⁽¹⁵⁾

Se sabe que la familia y el individuo siempre son vulnerables al consumo de SPA y cuando se instala esta condición, los impactos son directos y tienen repercusiones, como juicio, prejuicio, abandono y marginalidad.⁽¹⁶⁾ En el presente estudio, este escenario también fue descrito por los participantes, aunque percibieron la esperanza en la búsqueda de un nuevo comienzo dentro del núcleo familiar o para restaurar los fragmentos, expresando el deseo de perdón y anhelo.

Un estudio señala que en el proceso de rehabilitación de los usuarios de SPA, una familia consciente de la dependencia química y sus pérdidas, con enlaces afectivos y enlaces saludables entre sus miembros, puede contribuir de manera beneficiosa para mantener la sobriedad de los miembros de la familia.⁽¹⁷⁾

En relación con las demandas que implican sufrimiento e incomodidad aparentes, la culpa era el sentimiento más común entre los participantes en las ruedas de TCI y generalmente, entre los usuarios de sustancias psicoactivas. Este sentimiento se debe a las pérdidas que ocurrieron durante los años de consumo y/o dependencia química, ya sean pérdidas familiares, socioemocionales y/o patrimoniales, lo que genera un proceso de angustia y malestar intenso en el individuo.⁽¹⁶⁾ Este hecho suscitó en los participantes otras demandas, como arrepentimiento, preocupación (por la salud) y percepción de su propia soledad.

Similar a esta investigación, otro estudio también identificó preocupaciones de salud entre sus participantes como aparente incomodidad, impulsadas por el arrepentimiento sobre el estilo de vida adoptado durante el consumo abusivo de SPA, ya que este consumo sin restricciones trae consecuencias irreversibles; como son: cambios mentales (cambios en el estado de ánimo, el pensamiento, etc.) y físicos (VIH/SIDA, hepatitis, etc.),⁽⁹⁾ lo que trae consecuencias devastadoras a la vida de estas personas.

Otro sufrimiento que surgió entre los participantes en este estudio fue la soledad, que puede estar relacionada con las pérdidas que ocurrieron durante el proceso de dependencia química, como vivir con sus familias, cuando existen. Un estudio señala que este sentimiento (soledad) puede contribuir al empeoramiento del proceso de adicción, al mismo tiempo que puede conducir al sufrimiento y al aislamiento social.⁽¹⁸⁾

De esta manera, las demandas presentadas, tanto en relación con los problemas derivados del contexto familiar como con el aparente sufrimiento e incomodidad, se pueden manejar con el uso de la TCI. Mientras que, cuando esta tecnología respeta y valora las preocupaciones humanas, permite la atención terapéutica y la superación del sufrimiento.⁽¹⁹⁾ Por lo tanto, se cree que la TCI, cuando se incorpora a la rutina de servicios que ofrecen atención a los usuarios de SPA, similares a los entornos terapéuticos del presente estudio, pueden permitir a los participantes

momentos de reflexión, que pueden ayudarlos a repensar nuevos proyectos de vida y el futuro,^(9,20) al trabajar en los conflictos inherentes a la dependencia química y los que surgen en el proceso de rehabilitación.⁽²¹⁾

Es posible afirmar que participar en las ruedas de TCI proporcionó a los usuarios momentos de apoyo grupal. A partir de estos momentos, es posible resaltar algunas estrategias sugeridas para hacer frente a la dependencia química, como mantener una buena autoestima, manejar los sentimientos negativos y la importancia de mantener y obtener lazos sociales. Estas estrategias se consideran en este estudio como un medio para facilitar la adopción de comportamientos más saludables que brinden consuelo y al mismo tiempo favorezcan la adherencia al tratamiento.

Las estrategias para hacer frente al uso de SPA, similares a las presentadas en esta investigación, se informaron en dos estudios que utilizaron la terapia comunitaria como intervención. El primero, realizado en Barra do Garças-MT, (BR), con usuarios de drogas, informó que las principales estrategias estaban relacionadas con la confianza, el rescate de los lazos, la fe, la esperanza, la superación, el empoderamiento y el autoconocimiento.⁽⁹⁾ El segundo, llevado a cabo con usuarios de un CAPS III en João Pessoa-PB,(BR), señaló la búsqueda de apoyo familiar, la construcción de nuevos lazos de amistad, el tiempo dedicado a las tareas domésticas/trabajo, entre las principales estrategias para hacer frente al sufrimiento mental.⁽²²⁾

En este estudio, una de las estrategias mencionadas fue la autoestima, que se asocia con la presencia de un estado de ánimo positivo y una buena percepción de efectividad en relación con áreas importantes para la persona, por el contrario, la pérdida de autoestima se convierte en un factor perjudicial para los usuarios de SPA, ya que contribuye negativamente al tratamiento, debido a sentimientos de impotencia e incapacidad, porque creen que no hay razones para recuperarse de la dependencia, además de ser un factor de riesgo para iniciar el consumo.⁽²³⁾

La autoestima también se mencionó como una estrategia de afrontamiento revelada por las mujeres en las ruedas de TCI en Rio Grande do Norte, (BR), así como la resiliencia, el empoderamiento, la autonomía y el fortalecimiento de los lazos familiares, sociales, comunitarios y espirituales.⁽²⁴⁾

Tener y mantener una buena relación social fue una de las estrategias mencionadas en este estudio, representada por la necesidad de contacto, confianza, perdón, apoyo y afecto. La mejora de esta relación social se convierte en una referencia importante en la vida de las personas, especialmente en la vida de estos usuarios, ya que proporciona tranquilidad, alegría, apoyo social y promoción del equilibrio personal.⁽²⁵⁾

Se mencionó este apoyo social por la relevancia del vínculo de amistad, que señala la importancia de rescatar el apoyo de amigos y construir nuevas amistades, que incluyen compañeros de tratamiento. Como se describió anteriormente, un estudio señaló el valor de la interrelación entre los miembros del tratamiento, para proporcionar amistad, ayuda mutua, para establecer una relación terapéutica.⁽⁹⁾

Tanto los aspectos intrapersonales como los interpersonales se combinan en la conformación de un conjunto de deseos y expectativas que parecen estar disponibles en niveles más o menos abstractos, en los que se encuentran deshacerse de las drogas, el deseo de cambiar la vida en busca de un futuro mejor, la conquista de un trabajo renumerado y el rescate de sus pérdidas (material y familiar).

Un estudio llevado a cabo en Batatais (SP)⁽¹⁾ encontró que los deseos tenían como objetivo recuperar las pérdidas causadas por las drogas, aumentar las expectativas para el futuro, cómo deshacerse de la adicción, acercarse a los miembros de la familia, conseguir un trabajo remunerado y reanudar los estudios. Lo que se puede ver es que a medida que el usuario restablece su condición biopsicosocial, se convierte en el protagonista de su tratamiento, puede reflexionar sobre su relación con las sustancias psicoactivas y los impactos negativos causados por este consumo.^(1, 9)

Se observó en los registros que la religiosidad era un medio de afrontamiento, expresado principalmente a través de la devoción delante de Dios, a través de la fe, el consuelo, las oraciones y la participación en los servicios religiosos. Sobre esto, un estudio mostró que tener religión y/o espiritualidad puede favorecer con mayor facilidad los sentimientos de perdón, que son una de las estrategias de afrontamiento más citadas por los participantes en las ruedas de TCI.⁽²⁵⁾

La capacidad de un individuo de perdonar puede reducir el sufrimiento mental y físico, porque al perdonar, es necesario aceptar situaciones conflictivas y ser paciente en la espera de soluciones, lo que proporciona paz interior. La religiosidad/espiritualidad puede provocar sentimientos positivos, esto ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas.^(25,26)

Otro medio de afrontamiento encontrado en este estudio fue la forma en que los participantes valoraban e imaginaban el tratamiento recibido, el que fue posible gracias a las actividades recibidas, como las ruedas de TCI. Estas actividades han sido identificadas en otros estudios como instrumentos importantes para la rehabilitación y reconstrucción de la ciudadanía y la autonomía.^(1,9,27)

En el presente estudio, se asume que la TCI ayudó a los usuarios a buscar o al menos reflexionar sobre estrategias para hacer frente a sus condiciones de vida y salud, lo que también se verificó entre los usuarios de SPA que asistieron a las ruedas de TCI en Mato Grosso⁽⁹⁾ y entre los usuarios que hicieron uso nocivo del alcohol en Ceará.⁽²⁸⁾

Las limitaciones de este estudio se atribuyen al uso de un solo tipo de fuente de datos y registros sintéticos que pueden no haber presentado todas las demandas y estrategias de los participantes, lo que impide la generalización de los hallazgos. Por lo tanto, se deben realizar más pesquisas sobre la aplicabilidad de esta práctica integradora y complementaria, extendiéndolas a otros entornos terapéuticos.

La investigación reveló que las principales demandas reportadas en las ruedas de TCI estaban relacionadas con el contexto familiar, el sufrimiento y la incomodidad experimentada por el usuario, mientras que las estrategias para hacer frente a la dependencia química, se centraron en aspectos intrapersonales (autoestima y manejo de sentimientos negativos), aspectos interpersonales (vínculo de amistad y familiares), deseos y expectativas (cambio de vida) y reintegración social, que incluye la religiosidad y el trato recibido.

Los registros permitieron inferir los efectos beneficiosos de la participación en las ruedas de TCI, particularmente al acoger las demandas de los participantes, en el despertar de los mecanismos para hacer frente a la adversidad, dándoles la oportunidad de redimensionar sus conflictos, sufrimientos y emociones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferro LRM, Oliveira AJ. A filosofia das comunidades terapêuticas: percepções de usuários do serviço. Rev Uniandrade [Internet]. 2018 [citado 12/01/2019];29(02):1986-2019. Disponível em: <https://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/juridica/article/view/1226>
2. Pan American Health Organization (OPAS). Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas [Internet]. 2015 [citado 15/01/2019]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7670/9789275118559_Eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Silva MS, Souza MP, Chaves FB, Meireles E, Cardoso RO. Comorbidades psiquiátricas desenvolvidas mais frequentemente aos dependentes químicos—revisão bibliográfica. Rev Inic Cient Ext [Internet]. 2019 [citado 15/01/2019];2(4):208-212. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/257>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2018 [citado 03/01/2020];1-56. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf
5. Ferraz IS, Climaco LCC, Almeida JS, Aragão SA, Reis LA, Martins Filho IE. Expansión de las prácticas integrativas y complementarias en Brasil y el proceso de implantación en el Sistema Único de Salud. Rev Enferm Actual [Internet]. 2020 [citado 12/01/2019];Edición Semestral(38):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-196.pdf>
6. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Barreto AP. Impact and trends of the use of Integrative Community Therapy in the production of mental health care. Rev.

- Eletr. Enf. [Internet]. 2015 [citado 12/01/2019];17(2):176-177. Disponível em:
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37270>
7. Barreto AP. Terapia Comunitária passo a passo. 3. ed. Fortaleza, Brasil: Gráfica LCR, 2008; 470p.
 8. Azevedo EB, Cordeiro RC, Costa LDFF, Guerra CS, Ferreira Filha MOF, Dias MD. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2013 [citado 13/09/2019];15(3). Disponível em:
<https://doi.org/10.21722/rbps.v15i3.6333>
 9. Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Moura AAM, Luis MAV, Macedo JQ. Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2017 [citado 12/09/2019]; 13(2):101-08. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/803/80356236007/80356236007.pdf>
 10. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Dias MD. Terapia Comunitária Integrativa e a pesquisa ação/intervenção: estudos avaliativos. João Pessoa, Paraíba, Brasil: Editora UFPB; 2019: 265p.
 11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care [Internet]. 2007 [cited 10 Fev 2019]; 19(6):349–357. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 12. Minayo MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012 [citado 27/01/2020];17(3):621-626. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>
 13. Scherer MDDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado 10/02/2020]; 43(4):721-725. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000400020&script=sci_arttext

14. Moura SG, Ferreira Filha MDO, Cordeiro RC, Braga LAV, Monteiro CQA. A experiência da Terapia Comunitária em diferentes instituições e contextos populacionais. Rev Univ Vale Rio Verde [Internet]. 2012 [citado 27/12/2019];10(1). Disponível em:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5033101>
15. Haines-Saah RJ, Mitchell S, Slemon A, Jenkins EK. Parents are the best prevention? Troubling assumptions in cannabis policy and prevention discourses in the context of legalization in Canada. Int J Drug Policy [Internet]. 2018 [cited 27 Nov 2019];68:132-138. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.008>.
16. Silva KR, Gomes FGC. Dependência química: resultantes do uso abusivo de substâncias psicoativas. Rev Uningá [Internet]. 2019 [citado 13/01/2020]; 56(S1):186-195. Disponível em:
<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/306/1871>
17. Gomes AMS, Abrahão AL, Silva APA. Contributions of an intervention research for nursing care to drug users. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2015 [citado 28/01/2020];7(4):3487-3495. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v7.4967>
18. Lima DWC, Ferreira LDC, Ferreira LA, Azevedo LDS, Luis MAV, Macedo JQ. The meaning and relations of elderly with drugs. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2017 [citado 28/01/2020];13(3):132-139. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/803/80356416004/80356416004.pdf>
19. Nascimento VF, Moll MF, Lemes AG, Cabral JF, Cardoso TP, Luis MAV. Percepção de mulheres em situação de dependência química no interior de Mato Grosso, Brasil. Cult Cuid. 2017;21(48):33-42.
20. Santos PRMD, Cerencovich E, Araújo LFSD, Bellato R, Maruyama SAT. Ethical dimension of circle integrative community therapy on qualitative research. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [citado 28/01/2020];48(esp2):55-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800022>

21. Nascimento VF, Moll MF, Silva RGM, Lemes AG, Cabral JF, Cardoso TP, et al. Perspectivas de mulheres em recuperação de drogas sobre o tratamento em uma comunidade terapêutica. Rev Saúde (Sta Maria) [Internet]. 2017 [citado 10/02/2020];43(3):1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583423677>
22. Carvalho MAPD, Dias MD, Miranda FAND, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 10/02/2020];29(10):2028-2038. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n10/2028-2038/pt/>
23. Ronzani TM, Noto AR, Silveira OS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: Editora UFJF; 2015: 24p.
24. Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima ÉAR, Ribeiro FF, Silva MDSSD. A Terapia Comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [citado 22/12/2019];11(4):964-70. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm>
25. Rocha IA, Sá ANP, Braga LAV, Ferreira Filha MO, Dias MD. Community Integrative Therapy: situations of emotional suffering and patients' coping strategies. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2013 [citado 22/12/ 2019];34(2):155-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a20v34n3.pdf>
26. Souza KS Silva E, Coutinho IF, Batista R, Henrique S, Almeida RJ. Social reintegration of drug-addicted individuals living in therapeutic communities. SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2016 [citado 15/01/ 2019];12(3):171-7. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/803/80347135006_2.pdf
27. Oliveira ALBD, Menezes TMDO. The meaning of religion/religiosity for the elderly. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 15/01/ 2019]; 71(suppl 2):770-776. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>

28. Giffoni FAO, Santos MA. Community Therapy as a Method to Address the Problem of Alcohol Abuse in Primary Care. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [citado 15/01/2019];19(n.Spe):821-830. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/r1ae/v19nspe/21.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

Contribución de los autores

Alisséia Guimarães Lemes. Concepción y el diseño de la investigación, adquisición de datos, análisis e interpretación de los mismos, redacción del documento.

Vagner Ferreira do Nascimento. Concepción y el diseño de la investigación, adquisición de datos, análisis e interpretación de los mismos, redacción del documento.

Rosa Jacinto Volpato. Concepción y el diseño de la investigación, adquisición de datos, análisis e interpretación de los mismos, redacción del documento.

Margarita Villar Luis. Concepción y el diseño de la investigación, adquisición de datos, análisis e interpretación de los mismos, redacción del documento.

10. CAPÍTULO V

CAPÍTULO V

Lemes AG, Rocha EM, Nascimento VF, Volpato RJ, Almeida MA, Franco SE, et al. Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. Acta Paul Enferm. 2020;33:e-APE20190122. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0122>.

Considerando que o periódico no qual o artigo foi publicado tem como política disponibilizar seus conteúdos em dois idiomas, registramos aqui a versão também publicada em Inglês, embora será apresentada a seguir apenas a versão em português.

Lemes AG, Rocha EM, Nascimento VF, Volpato RJ, Almeida MA, Franco SE, et al. Benefits of Integrative Community Therapy revealed by psychoactive drug users. Acta Paul Enferm. 2020;33:e-APE20190122. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0122>.

Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas

Benefits of Integrative Community Therapy revealed by psychoactive drug users

Beneficios de la terapia comunitaria integrativa revelados por usuarios de sustancias psicoactivas

Alisséia Guimarães Lemes  <https://orcid.org/0000-0001-6155-6473>^{1,2}

Elias Marcelino da Rocha  <https://orcid.org/0000-0002-0086-8286>¹

Vagner Ferreira do Nascimento  <https://orcid.org/0000-0002-3355-163X>³

Rosa Jacinto Volpato  <https://orcid.org/0000-0001-5709-7008>¹

Maria Aparecida Sousa Oliveira Almeida  <https://orcid.org/0000-0002-1448-2923>¹

Suzicléia Elizabete de Jesus Franco  <https://orcid.org/0000-0002-2288-9117>¹

Tatiane Xavier Bauer  <https://orcid.org/0000-0002-4682-5257>¹

Margarita Antonia Villar Luis  <https://orcid.org/0000-0002-9907-5146>²

Resumo

Como citar:

Lemes AG, Rocha EM, Nascimento VF, Volpato RJ, Almeida MA, Franco SE, et al. Benefícios da terapia comunitária integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas. Acta Paul Enferm. 2020;33:e-APE20190122
Paul Enferm. 2020;33:e-APE20190122

DOI

[http://dx.doi.org/10.37689/
acta-ape/2020A00122](http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00122)



Descriptores

Acolhimento; Terapias complementares; Usuários de drogas

Keywords

User embracement; Complementary therapies;
Drug ussers

Descriptores

Acogimiento; Terapias complementarias;
Consumidores de drogas

Submetido

14 de Maio de 2019

Aceito

18 de Julho de 2019

Autor correspondente

Alisséia Guimarães Lemes
<https://orcid.org/0000-0001-6155-6473>
E-mail: alissela@hotmail.com

Abstract

Objective: To identify the main benefits of Integrative Community Therapy revealed by users of psychoactive drugs.

Method: Documentary, retrospective and qualitative study, based on the records of the Assessment and Closure Forms of the Integrative Community Therapy groups, which were conducted in three drug addiction rehab centers located in the region of the Vale do Araguaia, Brazil. The sample consisted of eighteen records of Integrative Community Therapy groups (six records at each institution), which contained the quantity of participants and the therapists' assessment of the main themes, strategies and benefits. For this research, the benefits perceived by the participants of the Integrative Community Therapy groups were analyzed through thematic content analysis.

Results: The main benefits were grouped according to Maslow's hierarchy of needs and divided into categories with concrete and subjective experiences. The benefits were divided into social needs (embracement,

¹Universidade Federal de Mato Grosso, Barra do Garças, MT, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³Universidade do Estado de Mato Grosso, Tangará da Serra, MT, Brasil.

Conflito de interesse: artigo extraído da tese de doutorado "A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicosocial para usuários de drogas psicoativas", a ser apresentada na modalidade conjunto de artigos ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

communion, space of well-being and future expectations), esteem needs (learning, understanding and respect) and self-actualization needs (belonging and hope).

Conclusion: The records indicated that the Integrative Community Therapy enabled an active participation of users, allowing them to share suffering and joy with each other. The results demonstrated that this therapy is viable and affordable for drug dependency treatment.

Resumen

Objetivo: Identificar los principales beneficios de la terapia comunitaria integrativa revelados por usuarios de sustancias psicoactivas.

Métodos: Estudio documental, retrospectivo y cualitativo, a partir de los registros de las fichas de valoración y cierre de las rondas de Terapia Comunitaria Integrativa realizadas en tres instituciones de recuperación de adicciones a las drogas, ubicadas en Vale do Araguaia, Brasil. Se evaluaron 18 fichas de registro de rondas de Terapia Comunitaria Integrativa (6 registros de rondas realizadas en cada institución), con contenido cuantitativo y descripción de la valoración de los terapeutas respecto a los principales temas, estrategias y beneficios. Para este estudio, se analizaron los beneficios percibidos por los participantes en las rondas de Terapia Comunitaria Integrativa, por medio del análisis de contenido, en la modalidad temática.

Resultados: Los principales beneficios fueron agrupados de acuerdo con la teoría de las necesidades de Maslow, lo que permitió identificarlos en núcleos, con exposiciones concretas y subjetivas, y dividirlos entre necesidades sociales (acogida, comunión, espacio de bienestar y expectativa de futuro), estigma (aprendizaje, comprensión y respeto) y realización (pertenencia y esperanza).

Conclusión: Los registros indicaron que la Terapia Comunitaria Integrativa posibilitó la participación activa de los usuarios, lo que les permitió compartir los sufrimientos y las alegrías entre ellos, indicando esta terapia como viable y accesible para la recuperación de la adicción a las drogas.

Introdução

O uso de drogas psicoativas causa, na vida dos usuários, prejuízos irreversíveis no que diz respeito a aspectos pessoais, familiares e sociais, o que pode agravar ainda mais a dependência química.⁽¹⁾

Essa problemática merece atenção especial dos profissionais (saúde, social, humanas, etc.) que lidam com esse contexto, destacando a necessidade da oferta de abordagens terapêuticas que acolham os usuários em suas necessidades biopsicossociais e ainda auxiliem a desenvolverem seu autocuidado.

Uma das abordagens terapêuticas que tem sido considerada como promissora é a Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Trata-se de uma modalidade terapêutica criada em 1987, no nordeste brasileiro e, devido à sua trajetória e relevância, foi inserida no SUS na Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no ano de 2008. Estudos têm apontado sua relevância e seu uso no campo da saúde mental, no que diz respeito a problemas relacionados ao uso de drogas psicoativas.^(2,3)

Esta modalidade terapêutica é realizada em rodas abertas e comunitárias, contando com a participação da comunidade (específica ou não) e dos terapeutas comunitários. Qualquer categoria profissional ou pessoa da comunidade pode se tornar terapeuta comunitário, mas, para isso, é necessário integrar 240 horas de capacitação (Momento de imersão teórico e prático), promovida em um dos

16 polos/centros de formação em TCI, no Brasil ou em outros países (Argentina, Chile e Equador).⁽⁴⁾

A TCI tem sido apontada como relevante por permitir a integração entre seus participantes e fortalecer os vínculos entre os pares, mediando o confronto das dificuldades cotidianas e o crescimento diante do processo de tratamento.⁽⁴⁾

Vários estudos recentes reforçam o impacto positivo dessa prática terapêutica nos diversos perfis de comunidades.⁽⁵⁻⁸⁾ Diante disso, a iniciativa em conduzir a TCI com pessoas em situação de dependência química em tratamento visa oferecer espaço de escuta qualificada que permita o manejo de conflitos, sofrimentos e emoções advindos do uso de drogas psicoativas.

No entanto, apesar da relevância e confirmação dos benefícios terapêuticos da TCI, há ainda poucos estudos que apontam sua utilização com usuários de drogas. A partir disso, este estudo teve por objetivo identificar os principais benefícios da Terapia Comunitária Integrativa revelados por usuários de substâncias psicoativas.

Métodos

Tipo de estudo

Estudo documental, retrospectivo e com abordagem qualitativa, realizado em fichas de registro de rodas de terapia comunitária realizadas em três instituições de recuperação de dependência de drogas localizadas na região do Vale do Araguaia, Brasil.

Cenário onde as rodas de TCI foram realizadas

A região onde as rodas de TCI foram realizadas possui como referência quatro casas terapêuticas (CT), sendo três masculinas (duas situadas na zona rural e uma na zona urbana) e uma feminina (situada na zona urbana). Intencionalmente, escolheram-se somente as instituições masculinas, pois ampliaria o número de participantes com características semelhantes, e ainda pelo fato de já se estarem desenvolvendo trabalhos sistemáticos anuais com estas instituições.

As CTs possuem caráter provisório, religioso e filantrópico seguindo as orientações vigentes da Portaria MS 3088/2011 e Resolução CONAD N. 01/2015, desenvolvendo cuidados exclusivos a homens maiores de 18 anos, em condições clínicas estáveis, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa. Realizam acolhimento de pessoas, de forma voluntária, por demanda espontânea, judicial ou encaminhadas por outros serviços. Possui ambiente residencial, com tratamento médio de nove meses. Sua equipe de profissionais é composta por religiosos sem formação específica e colaboradores voluntários.

As fichas referentes ao processo de intervenção realizada com a TCI pertencem ao acervo do laboratório de pesquisa “Stress, Alcoolismo e Uso de Drogas” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, à qual a pesquisa de doutorado “A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicosocial para usuários de drogas psicoativas” está vinculada e, por isso, foram analisadas neste cenário/local.

Critérios de seleção

Consideraram-se como critérios de inclusão todas as fichas de registros de rodas de TCI realizadas com usuários de drogas psicoativas no período de janeiro a maio de 2018 que apresentassem os registros completos da apreciação das rodas por parte dos terapeutas comunitários, sendo considerado como critério de exclusão as fichas que não foram realizadas com grupos de usuários de drogas psicoativas.

Instrumentos e coleta de dados

As fontes principais de informação foram os registros, também denominados “Ficha de Apreciação e

Fechamento das rodas”, de preenchimento obrigatório pelos terapeutas comunitários, após o término de cada roda. Como trata-se de registros da equipe de terapeutas, os participantes não possuem acesso as fichas. A ficha é padrão, utilizada por todos os terapeutas comunitários do país. Ela foi criada, na década de 90, pelo idealizador da TCI, Dr. Adalberto Barreto.⁽⁴⁾

Nessas fichas, constam o quantitativo e a descrição da apreciação dos terapeutas quanto aos principais temas apresentados e escolhidos pelos participantes, mote proposto (pergunta-chave), estratégias sugeridas pelo grupo para tais enfrentamentos e benefícios autorreferidos.⁽³⁾ Para esta pesquisa, entre os itens presentes nas fichas, analisaram-se os benefícios percebidos pelos participantes nas rodas de TCI.

Essas fichas foram preenchidas por três enfermeiros terapeutas comunitários durante a execução de um processo de intervenção realizado por meio de 18 rodas de TCI (seis em cada CT), no período de janeiro a maio de 2018, a partir da exposição de 21 usuários de substâncias psicoativas. Os três enfermeiros que preencheram as fichas foram os mesmos que realizaram as rodas e conduziram os grupos. Ambos possuíam capacitação em TCI.

Já a coleta de dados e a análise dessas fichas ocorreram no período de junho a novembro de 2018, nas dependências da EERP/USP.

Análise e tratamento dos dados

Para organização e sistematização dos dados, utilizou-se a teoria das necessidades básicas propostas por Maslow.⁽⁹⁾ O autor subdividiu as necessidades humanas em fisiológicas (sono, alimentação, desejos sexuais, respiração, água, excreção), de segurança (segurança do corpo, do emprego, de recursos, de moralidade, da família, de saúde, da propriedade), sociais (troca afetiva, associações, aceitação, intimidade sexual, amizades, família), de estima (valorização, autoestima, respeito, confiança, conquista) e de realização (autorrealização, moralidade, criatividade, espontaneidade, solução de problemas, ausência de preconceito, aceitação dos fatos).⁽⁹⁾

Para a análise, utilizou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática, percorrendo-se três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento

dos resultados.⁽¹⁰⁾ Esse processo gerou três categorias temáticas: “benefícios sociais percebidos nas rodas de TCI; benefícios de estima percebidos nas rodas de TCI; e benefícios de realização percebidos nas rodas de TCI”.

Foram seguidas as diretrizes para realização de estudos qualitativos conforme orientação da rede *Equator*, pelo protocolo internacional *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ).⁽¹¹⁾ Para isso, antecipadamente se consideraram todos os critérios desse protocolo para concepção e construção do estudo, porém, por se tratar de um estudo documental, houve uma nova verificação e confirmação do cumprimento dos 15/32 itens do checklist padrão.

Aspectos éticos

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciando-se a investigação somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, sob CAAE: 68444017.8.0000.5393 e parecer nº 2.487.000 em 06/02/2018.

Resultados

Apresentação dos resultados

Seguindo-se a teoria de Maslow, os benefícios expressivos nas primeiras necessidades básicas (fisiológicas e de segurança) não foram percebidos ou foram mencionados de forma pouco expressiva pelos participantes, entretanto, nas três seguintes (sociais, estima e realização), foi possível incluir todos os benefícios expostos nas rodas de TCI, como apresentado no quadro 1.

Uma síntese dos benefícios percebidos apresentada no quadro 2 permitiu identificá-los em núcleos com exposições mais concretamente vivenciadas e outras de natureza mais subjetiva. No caso das necessidades sociais concretas, identifica-se que as menções se concentraram em dois núcleos, no acolhimento e na comunhão, enquanto as sociais, de ordem subjetiva, se concentraram em espaço de bem-estar e expectativa de futuro.

Quadro 1. Número de citações dos benefícios percebidos pelos participantes nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa, distribuídas de acordo com as necessidades de Maslow

Fisiológicas	Segurança	Sociais	Estima	Realização
	Conforto (1)	Acolhimento (7)	Aprendizado (11)	Pertença (7)
		Comunhão/união (5)	Respeito (9)	Esperança (6)
		Espaço para sentir-se bem (5)	Entendimento (8)	Alegria (4)
		Amor (3)	Conhecimento (8)	Felicidade (4)
		Paz (3)	Experiência (5)	Gratidão (2)
		Recomeço (2)	Sabedoria (3)	Futuro (1)
		Oportunidade (2)	Apoio (2)	Desabafo (1)
		Companheirismo (2)	Satisfação (2)	Paciência (1)
		Amizade (2)	Vitória (2)	Força de vontade (1)
		Construção (2)	Liberdade (1)	Fortalecimento (1)
		Importância do relacionamento (2)	Alívio (1)	
		Harmonia (1)	Valorização (1)	
		Compromisso (1)	Perdão (1)	
		Perseverança (1)	Confiança (1)	

Quadro 2. Distribuição em núcleos dos benefícios percebidos pelos participantes nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa, de acordo com as necessidades de Maslow

Sociais (35)	Estima (55)	Realização (27)
Acolhimento (11) (Amor e relacionamento)	Aprendizado (27) (Conhecimento, experiência e sabedoria)	Pertencimento (11) (Gratidão, fortalecimento, desabafo e paciência)
Comunhão (8) (União, companheirismo e amizade)	Entendimento (12) (Compreensão, apoio, valorização e confiança)	Esperança (16) (Alegria, felicidade, futuro e força de vontade)
Espaço de bem-estar (9) (Paz e harmonia)	Respeito (16) (Vitória, satisfação, alívio, perdão e liberdade)	
Expectativa de futuro (7) (Recomeço, perseverança e construção)		

Conforme se percebe no quadro 2, em relação às menções de estima, também foi possível concentrar algumas menções em torno de núcleos que abrangiam, como no caso dos benefícios de aprendizado, entendimento e respeito. Com exceção do primeiro núcleo, as restantes são de natureza bastante subjetiva, embora envolvam, em grande medida, o relacionamento com as outras pessoas e instituições.

No mesmo quadro (2), nas necessidades de realização, parecem predominar aqueles benefícios que valorizam as relações com os outros, mediante o sentimento explícito de necessidade de pertença que constitui um núcleo que abrange outras necessidades que se atrelariam a ela. Também o núcleo da esperança que incorpora o que ela propicia no sujeito (alegria, felicidade) e, inclusive, ter expectativa

de futuro, embora haja o reconhecimento de que não basta ter esperança, é necessário possuir força de vontade para atingir essas necessidades.

Numericamente, como aponta o quadro 2, no conjunto das citações de necessidades mencionadas conforme os núcleos relativos às três necessidades básicas de Maslow identificadas, percebe-se que as necessidades relativas à estima predominaram sobre as outras (55 menções). O que faz sentido, considerando-se a natureza dos participantes, um grupo que vivencia o sentimento sistemático de abandono e exclusão no seu cotidiano.

Da mesma forma, nas necessidades apontadas, revela-se o desejo de adquirir conhecimentos (inclusive sobre si mesmo), incorporar experiências e acumular sabedoria. Também são perceptíveis as necessidades de ser aceito (compreensão e apoio) e, finalmente, alcançar o respeito, que envolveria o perdão (autoperdão e dos outros – família), isso confere ao sujeito possibilidade de vivenciar uma série de outras necessidades apontadas.

Discussão

Benefícios sociais percebidos nas rodas de TCI

De acordo com a teoria de Maslow, as necessidades sociais (amor, afeição e relacionamento com outras pessoas) fazem parte do terceiro nível de divisão das necessidades humanas e dizem respeito à participação, aceitação por companheiros, às novas amizades, aos afetos, ao amor e relacionamento interpessoal.⁽⁹⁾ Neste estudo, atenderam, com maior expressividade, as necessidades sociais, com destaque para os benefícios de acolhimento, comunhão, expectativas de futuro e espaço de bem-estar.

As menções ao acolhimento devem-se à necessidade desse perfil de usuários em expressar/receber/perceber o sentimento de integração ao grupo, uma vez que, sentir-se acolhido favorece a compreensão sobre a condição de saúde, contribui para o empoderamento e pode facilitar o enfrentamento das adversidades pessoais.⁽⁷⁾ Esse benefício (acolhimento) também foi reportado em um estudo que utilizou a TCI em Mato Grosso, apontando-o como um processo crucial para celebrar a vida e as oportunidades de cuidar e ser cuidado.⁽¹²⁾

Outras modalidades de estudo também apontam que o ser humano deve ser acolhido em todos os aspectos de sua vida, que compreendem suas necessidades humanas, com ênfase no atendimento às necessidades humanas de pessoas com uso problemático de drogas psicoativas, por apresentarem-se com grande vulnerabilidade e exigirem cuidados terapêuticos complementares. No desenvolvimento do acolhimento, as experiências danosas ligadas à drogadição tendem a ser suavizadas pela redução de medos e ansiedades, aspectos comuns da dependência química.^(3,13)

Sentir-se acolhido favorece a partilha, a comunhão no grupo e, assim, no presente estudo, pesquisadoras identificaram as rodas de TCI como espaço de comunhão, com formação de vínculos, amizades e apoio coletivo,⁽¹⁴⁾ benefícios que fortalecem o cuidado terapêutico do dependente de drogas. Em situação de comunhão, as pessoas se unem em prol de um resultado em comum, tornando-se mais próximas, unidas para alcançar objetivos semelhantes, com o abandono das drogas.⁽¹⁵⁾

Além disso, o espaço oportunizado pela terapia comunitária torna-se um meio propício para a promoção de encontros da comunidade, dando-se valor às histórias de vida e às vivências. Nas rodas de TCI, é possível que os participantes tomem consciência de si e do mundo ao descobrirem que cada pessoa possui trajetórias diversas, de dor, perdas e fardos. No entanto, em meio às adversidades, a partilha produz saberes e aponta novos caminhos,⁽⁴⁾ o que pode ampliar a expectativa de futuro desses participantes. A importância de um espaço onde os usuários possam sentir-se aceitos também pode ser verificada em outros estudos que utilizaram a TCI como método de intervenção.^(3,6,8)

As rodas de TCI, além de despertarem a confiança e o protagonismo da pessoa, promovem um ambiente terapêutico de aceitação e escuta dos problemas, o que permite aos participantes compartilharem um conjunto de estratégias de superação, dando abertura para a compreensão de outras dimensões da vida em comunidade.^(2,7)

Assim sendo, é necessário que os Terapeutas Comunitários desenvolvam habilidades para perceber as necessidades dos participantes e as acolherem,

mostrando aceitação delas, de modo a proporcionar ajuda para que os usuários possam tomar consciência delas e, assim, contribuir com o seu tratamento.

Benefícios de estima percebidos nas rodas de TCI

Maslow aponta, em seu quarto nível, as necessidades de estima que implicam o respeito a si próprio e aos outros, envolvendo a forma com que o indivíduo se vê, avalia e comprehende a autoapreciação e a autoconfiança.⁽⁹⁾ Neste estudo, as necessidades de estima destacadas com maiores menções foram os benefícios de aprendizado, respeito e entendimento.

Quanto ao aprendizado, o usuário abusivo de drogas psicoativas pode momentaneamente possuir dificuldade de compreensão, mas a TCI contribui para a sua ampliação a partir da tomada de ciência dos saberes gerados no grupo e para a incorporação da condição de “terapeuta” de si mesmo.⁽³⁾

Além disso, o usuário precisa, nos espaços de acolhimento/tratamento/reabilitação, sentir-se respeitado, isso contribui para desenvolver a confiança no tratamento e no grupo de cuidadores. Neste estudo, o respeito foi citado como benefício positivo percebido pelos usuários, assim como foi citado em estudo realizado com rodas de TCI em Cuiabá, MT, Brasil, onde seus participantes sentiam-se respeitados, a partir da menção a aspectos de um espaço que garante um diálogo respeitoso e com dignidade, baseado na troca de suas experiências.⁽¹²⁾

Os conhecimentos que os usuários compartilham na participação nas rodas de TCI possibilitam que eles adquiram entendimento e consciência do meio em que se inserem, seja favorável ou não, e promovem o processo de reflexão e escolha por hábitos mais saudáveis voltados a melhorar a qualidade de vida.⁽³⁾

O entendimento também pareceu ser notado em um estudo que usou a TCI com um paciente etilista em que as rodas foram apontadas como um momento de compreensão, reflexão e desenvolvimento pessoal.⁽²⁾

Dessa forma, o papel do terapeuta comunitário centra-se em convidar os participantes a refletirem sobre sua história, a necessidade de cuidar de si, de amar-se, para poder cuidar do outro.^(14,15) Nas rodas de TCI, deve haver estímulo à expressão de poten-

cialidades dos sujeitos e à valorização da capacidade de gerar soluções para suas dificuldades.

Benefícios de realização percebidos nas rodas de TCI

Segundo Maslow, no quinto e último nível, as necessidades de realização estão relacionadas à satisfação dos objetivos pessoais e ao alcance pleno do potencial individual.⁽⁹⁾ Quanto a essas necessidades, destacaram-se, neste estudo, os benefícios que envolvem os sentimentos de pertencimento e esperança.

O sentimento de pertencimento é o que define as pessoas como participantes de uma determinada comunidade de onde vêm suas características culturais e sociais.⁽¹⁶⁾ Esse sentimento pode ser verificado entre os participantes deste estudo, pois acredita-se que, na terapia comunitária, à medida que as pessoas vão participando, a partir da partilha de suas histórias, elas vão transformando os seus sentimentos e podem ressignificar suas vidas e criar novos laços sociais.⁽⁴⁾ Esse conjunto de aquisições, muitas vezes, configura-se como uma experiência nova e pode ter como resultado o sentimento de pertença ao grupo que, no caso das CTs em questão, é acentuado pelo caráter religioso das atividades.

Sentir-se pertencente a um grupo pode favorecer o estreitamento de vínculos entre pessoas. Vínculos são entendidos como saudáveis quando ligam os outros de forma positiva e reforçam os sentimentos de pertença ao grupo. Na área da saúde, é importante que os vínculos entre a equipe de profissionais de saúde e a comunidade sejam estabelecidos,⁽⁶⁾ favorecendo assim o cuidado prestado e recebido. Essa oportunidade de criar vínculos pode significar ainda a possibilidade de contar com uma rede de apoio, uma comunidade que tem interesse pelo sofrimento do outro,⁽¹⁷⁾ dessa forma, esse sentimento se traduz pela ajuda que recebe do grupo.

A integração da TCI e o meio onde o usuário se sente aceito conduz para o sentimento de esperança. Segundo Miller, com base em outros autores, a esperança é uma força de vida multidimensional e dinâmica que se caracteriza por uma expectativa confiante, embora incerta, de alcançar um futuro bem-sucedido, realisticamente possível e significante do ponto de vista pessoal.⁽¹⁸⁾ Já para Rocha a esperança foi descrita como uma esfera psíquica, estando ainda relacionada a pulsão de vida.⁽¹⁹⁾

No presente estudo, a esperança foi citada como um benefício positivo presente entre os participantes, pois acredita-se que participar dessas sessões trouxe aos usuários a expectativa que, aliada a outros benefícios percebidos, pôde contribuir para a sua continuidade no tratamento, pelo menos, durante o tempo em que as sessões foram realizadas (seis semanas).

Parece que os usuários encontram, nas rodas de TCI, enquanto *setting*, e nos terapeutas, uma forma de sustentação. E criar esse espaço torna-se relevante para avivar os usuários com “discursos esperançosos”.⁽¹⁹⁾

A importância da esperança também foi verificada em estudo realizado em Juiz de Fora, MG, Brasil, revelando que a Terapia Complementar Integrativa possibilitou aos participantes vivenciar a esperança de se ter tempos melhores, pensamentos mais claros, concentração e melhora na aparência física.⁽²⁰⁾

Além da TCI, outras práticas integrativas vêm sendo desenvolvidas com os usuários de substâncias psicoativas e trazendo benefícios, como, por exemplo, a auriculoterapia na redução desse consumo,⁽²¹⁾ a arteterapia na promoção da autoconsciência diante dos motivos que levaram ao consumo, logo sinalizando novas perspectivas de cuidado e adesão a estilos de vida mais saudáveis,⁽²²⁾ e a musicoterapia na redução dos níveis de estresse,⁽²³⁾ na melhora da qualidade de vida e interação com o grupo⁽²⁴⁾ e no bem estar físico e mental.⁽²⁵⁾

Por fim, todos os sentimentos percebidos como benéficos aos participantes deste estudo serviram para apontar a técnica utilizada, a TCI, como sendo uma prática integradora e comunitária, mesmo quando realizada em locais fechados, como, por exemplo, em comunidades terapêuticas, lócus do presente estudo, que possuem uma dinâmica e organização centradas na religiosidade.

Mesmo com as restrições impostas pelos locais onde a TCI foi desenvolvida, ela foi capaz de despertar, entre os participantes, o empoderamento necessário, seja no enfrentamento da dependência química, do adoecimento mental seja nos sofrimentos ocasionados pelas dificuldades advindas dos problemas do dia a dia no processo de reabilitação dentro da comunidade terapêutica, por se tratar de um espaço com normas rígidas de convivência.

Ao mesmo tempo, destaca-se que a TCI pode e deve ser expandida para outros cenários de cuidado e tratamento da dependência química, tais como, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas (AD), grupos de autoajuda (alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos), bem como para todos os serviços de saúde e a comunidade em geral, por seu potencial terapêutico para as demandas de saúde mental. As limitações deste estudo estão atribuídas à utilização de apenas um tipo de fonte de dados, o que impede a generalização dos achados. Assim sendo, investigações posteriores acerca dos benefícios da aplicabilidade dessa prática devem ser realizadas, estendendo-a para outros ambientes terapêuticos.

Conclusão

Destaca-se o caráter inovador deste estudo por não haver sido encontrado nenhum outro realizado em instituições fechadas destinadas ao tratamento para dependência química utilizando a terapia comunitária. Além disso, este estudo permitiu inferir os efeitos benéficos da participação nas rodas, demonstrando que a TCI é uma tecnologia de cuidado terapêutico importante a ser utilizada no redimensionamento dos conflitos, sofrimentos e emoções, ampliando a rede de suporte social necessária para o tratamento da dependência química. Dessa forma, a TCI pode ser destacada como uma prática de baixo custo que pode ser inserida no tratamento de usuários de substâncias psicoativas, no que diz respeito ao cuidado de sua saúde mental. Por outro lado, a pesquisa também revelou que os espaços em que a TCI foi utilizada podem constituir-se num ambiente democrático em que os usuários tenham a liberdade de se expressar e, ao mesmo tempo, possam contar com momentos de alívio do rigor das normas estabelecidas neste contexto, durante o tratamento. Além do mais, destaca-se que o uso da TCI se consolida como uma tecnologia de cuidado de possível aplicação para enfermeiros treinados, mesmo em condições não tão favoráveis para a sua prática, devido ao ajuste da mesma às normas de instituições fechadas.

Agradecimentos

Aos usuários e gestores das comunidades terapêuticas participantes do estudo. Aos colaboradores do grupo de pesquisa em saúde mental da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário do Araguaia que auxiliaram na pesquisa: Ana Cristina Oliveira; Jucelia Moraes de Lima; Liliane Santos da Silva; Marcos Vitor Naves Carrijo; Tayla Queren dos Santos Basso; Tayane Próspero Cardoso e Wliane Nunes Silva. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -CAPES / Novo Prodoutoral / UFMT – bolsa de doutorado de Alisséia Guimarães Lemes.

Colaborações

Lemes AG; Rocha EM; Nascimento VF; Volpato RJ; Almeida MASO; Franco SEJ; Bauer TX e Luis MAV contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Perrone PA. [The therapeutic community for recuperation from addiction to alcohol and other drugs in Brasil: in line with or running counter to psychiatric reform?]. *Cien Saude Colet.* 2014;19(2):569–80. Portuguese.
2. Giffoni FA, Santos MA. Community therapy as a method to address the problem of alcohol abuse in primary care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(n.Spec):821-30.
3. Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM, Moura AA, Luis MA. Integrative Community Therapy as a strategy for coping with drug among inmates in therapeutic communities: documentary research. SMAD. *Rev Eletrôn Saúde Mental Álcool Drog.* 2017;13(2):101–8.
4. Barreto AP. Terapia comunitária: passo a passo. Fortaleza: LCR; 2008.
5. Lessa AM, Nascimento IS, Nascimento FS, Ribeiro LG. Successful experience: Implementation of Integrative and Complementary Practices in the Duque de Caxias (RJ) municipal network. *Braz J Health Rev.* 2017;2(4):2847–50.
6. Lucietto GC, Ribeiro RL, Silva RA, Nascimento VF. [Integrational Community Therapy: construction of autonomy of families of renaissance children]. *Rev Aten Saúde (São Caetano do Sul).* 208;16(58):57-62. Portuguese.
7. Matos ML, Carvalho MA, Pascoal FF, Silva ER, Ferreira Filha MO, Souza GP, et al. Integrative Community Therapy and its Meaning for Student Life: a Meeting of Experiences. *Int Arch Med.* 2017;10(83):1–12.
8. de Lima Silva V, de Medeiros CA, Guerra GC, Ferreira PH, de Araújo Júnior RF, de Araújo Barbosa SJ, et al. Quality of Life, Integrative Community Therapy, Family Support, and Satisfaction with Health Services Among Elderly Adults with and without Symptoms of Depression. *Psychiatr Q.* 2017;88(2):359–69.
9. Maslow AH. Motivación y personalidad. 2nd ed. Nova York: Harperand How; 1970.
10. Minayo MC. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesqui Qualitativa.* 2017;5(7):1–12.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349–57.
12. Melo OS, Ribeiro LR, Costa AL, Urel DR. [Community impact of integrative therapy for renal patients people during session hemodialysis]. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online).* 2015;7(2):2200–14. Portuguese.
13. Gomes MA, Abrahão AL, Silva AP. Contributions to a research intervention for nursing care to drug users. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online).* 2015;7(4):3487–95. Portuguese.
14. Moura SG, Filha MO, Moreira MA, Simpson CA, Tura LF, Silva AO. Social representations of integrative community therapy by the elderly. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(2):e55067.
15. Araújo MÂ, Girão JE, Souza KM, Esmeraldo GR, Farias FL, Souza ÂM. The Community Therapy - creating networks solidarity in a Family Health Center. *Rev Port Enferm Saude Mental.* 2018;19:71–6.
16. Ferreira Filha MO, Lazarte R, Barreto AP. Impact and trends of the use of Integrative Community Therapy in the production of mental health care. *Rev Eletrôn Enferm.* 2015;17(2):176–7.
17. Henrique BD, Reinaldo MA, Ayres LF, Lucca MS, Rocha RL. The use of crack and other drugs: the perception of family members in relation to the support network in a reference center. *Cien. Saúde Colet.* 2018;23(10):3453–62.
18. Fitzgerald Miller J. Hope: a construct central to nursing. *Nurs Forum.* 2007 ;42(1):12–9.
19. Rocha Z. [Hope is not to wait, it is to walk: philosophical reflections on hope and its resonances in psychoanalytic theory and clinic]. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2007;10(2):255–73. Portuguese.
20. Camargos GL, Corrêa AA. The use of auriculoacupuncture in the treatment of chemical dependence. *Rev Cient. Fagoc Saúde.* 2016;1:9–18.
21. Ontiveros-González ML, Casique-Casique L, Muñoz-Torres TJ. Auriculotherapy as nursing care to decrease the consumption of marijuana and cocaine. SMAD Rev Eletrôn Saúde Mental Álcool Drog. 2018;14(3):136–43.
22. Angelim SM, Valladares-Torres AC. The design “rain metaphor” as an instrument of therapeutic communication of problematic drug addiction. *Rev Cient Arteterapia Cores Vida.* 2019;26(1):48–57.
23. Taets GG, Jomar RT, Abreu AM, Capella MA. Effect of music therapy on stress in chemically dependent people: a quasi-experimental study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27(0 e3115):e3115.
24. Mazalli J, Petreça DR, Campos R. The use of singing as a therapeutic in respiratory rehabilitation in institutionalized elderly. *J Health NPEPS.* 2019;4(1):31–46.
25. Mendes DS, Moraes FS, Lima GO, Silva PR, Cunha TA, Crossetti MG, et al. Benefits of integrative and complementary practices in nursing care. *J Health NPEPS.* 2019;4(1):302–18.

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 corresponsabilização 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**. 3^a. 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.

_____. Agencia 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**. 6^a 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. **Boletin 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 substâncias 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 Faculdade 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 Rousseff** [online]. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://grupodeapoiofacruzazul.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**. 5^a 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, distimia, 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/Beneficios 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.

PARAHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinsersão 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. **Ciencias 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 psicopatología 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. **Reducindo 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 Sóciodemográfico 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 Naturopatia 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.

SOUZA, 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.

TELESI 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.

APÊNDICES

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado senhor,

Você está sendo convidado para participar como voluntário deste estudo. Após receber todas as informações e tirar todas suas dúvidas, no caso de aceitar fazer parte, assine ao final este documento, que está em duas vias: uma via será sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa em participar da pesquisa, você não sofrerá nenhuma alteração no tratamento que já recebe em sua comunidade terapêutica. Informo que as informações e documentos utilizados nessa pesquisa ficarão guardados com a pesquisadora responsável.

A pesquisa tem como título “A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas (SPA) internos em Comunidades Terapêuticas”, que tem como objetivo conhecer o efeito desta terapia na vida de pessoas que fazem uso problemático de drogas em processo de recuperação, por meio da avaliação do perfil do usuário, da motivação para o tratamento, da autoeficácia, da autoestima, da percepção do suporte social, da presença de sintomas depressivos e ansiosos, bem como avaliar as contribuições desta terapia de acordo com a sua percepção.

Você está sendo convidado a participar de 06 rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) (90 minutos de duração por roda e de execução semanal). A atividade será realizada nas dependências da comunidade terapêutica que você faz tratamento, em datas, horário que estabeleceremos em conjunto, e local que será reservado em sua própria unidade terapêutica.

Informo que haverá três momentos de coleta de dados (antes da realização das rodas, durante (após a 3^a roda) e após as rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) (após a 6^a roda). Para a coleta de dados, será utilizada a aplicação de sete questionários, sendo: um questionário semiestruturado que avaliará suas condições econômicas, sociais, de consumo de drogas e tratamento já realizado; um que avaliará sua motivação para o tratamento, autoestima; um que avaliará sua autoeficácia, um que avaliará sua percepção de suporte social; um que avaliará possíveis sintomas depressivos; e, um que avaliará possíveis sintomas ansiosos. Ambos os questionários serão aplicados por auxiliares da pesquisa treinados e de confiança da pesquisadora, tendo sido previsto um tempo de 60 minutos para cada momento de coleta (1^a, 2^a e 3^a) de dados.

Você será ainda convidado a participar de uma entrevista audiogravadas (tempo previsto 30 minutos), ao final da 6^a roda, que será realizada pela pesquisadora em um momento de comum acordo entre ambos nas dependências de sua comunidade terapêutica.

Os riscos em você participar estão relacionados com possíveis sentimentos de vergonha, medo ou receio de expor suas experiências de vida e até mesmo cansaço. Caso isso ocorra, você terá a liberdade de interromper a participação no grupo e também será incentivado pela pesquisadora a conversar sobre o assunto posteriormente e

privativamente. Já os benefícios serão diretos, já que você contará com um espaço de escuta terapêutica para falar, trocar experiências, refletir sobre seu processo de recuperação do vício em drogas.

Esclareço que as rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) poderão ser audiogravadas com a finalidade de auxiliar na análise dos dados.

Reforço que sua participação nesta pesquisa será de forma voluntária, sendo garantido seu anonimato e a se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que ocorra danos ao seu tratamento na comunidade ou a sua continuidade de participação nas rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI).

É importante ressaltar que você não será remunerado e também não terá gastos de qualquer natureza, e que será indenizado caso ocorra algum dano decorrente da sua participação neste estudo, como prevê a legislação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem como função de proteger eticamente o participante de pesquisa.

Todas as informações reunidas neste estudo serão utilizadas apenas com fins de pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo sobre tudo na divulgação e publicação dos resultados.

Por fim, caso precise se comunicar com a pesquisadora e com a orientadora da pesquisa para qualquer tipo de esclarecimento, entre em contato com a pesquisadora Enfermeira Alisséia Guimarães Lemes, aluna no programa de pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica no endereço eletrônico: alisseialemes@usp.br ou com a orientadora Profa. Margarita Antonia Villar Luis no endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. dos Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto-SP – Brasil. Telefone: (16) 33154754 ou (16) 33153477 (Laboratório de pesquisa Stress, alcoolismo e uso de drogas).

Caso tenha mais alguma dúvida a esclarecer, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Bairro Monte Alegre. Ribeirão

Preto-SP – Brasil. CEP: 14040-902. Endereço eletrônico: cep@eerp.usp.br ou pelo telefone: (16) 33159197.

Horário de funcionamento do CEP: segunda a sexta-feira (dias úteis) das 10-12horas e 14-16 horas. Eu,

, fui informado dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações, e poderei modificar a decisão da minha participação se assim o desejar. Declaro que concordo com a minha participação nesse estudo e que recebi uma via deste Termo de Consentimento.

Barra do Garças-MT, _____ de _____ de 20____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Apêndice II - Questionário semiestruturado da pesquisa



QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Título da pesquisa: A Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de intervenção psicossocial para usuários de substâncias psicoativas

Data: ____/____/_____

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

1-Sexo: () Feminino () Masculino **2-Idade:** ____anos **3-D/N:** ____/____/____

4-Naturalidade: _____ **5-Estado** _____ **6-Cidade de residência em:** _____

7-Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Amasiado () Viúvo () Outros

8-Cor da pele: () Branco () Pardo () Negro () Outro: _____

9-Renda Familiar:

() Não possui renda () Menos de um salário Mínimo () 1 a 3 salários mínimos () Mais de 3 salários mínimos

10-Antes de entrar na comunidade terapêutica, você trabalhava, com que profissão: _____

11-Você estudou até que série:

() Não alfabetizado () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo () Ensino médio incompleto () Ensino superior completo () Ensino superior incompleto

12-Você possui alguma religião: () Sim () Não

13-Se sim, qual? () Católico () Protestante/Evangélico () Espírita () Outra: _____

14-Com quem morava antes de iniciar o tratamento na CT:

() Com minha família. Quem? _____ () Sozinha () Com amigos () Outros: _____

PERFIL DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

15-Possui algum parente na família que é usuário de substâncias psicoativas?

() Sim – Grau de parentesco: _____ Drogas consumida pelo familiar: _____

() Não tem ninguém da minha família que usa ou usou drogas.

16-Qual a primeira droga que experimentou?

() Crack () Maconha () Cocaína () Heroína

() Álcool qual Bebida? _____ () outras: _____

17-Idade que você começou a consumir substâncias psicoativas:

TABACO	ÁLCOOL	CRACK	MACONHA	COCAÍNA	OUTRAS DROGAS

18-Motivo que o levou ao consumo de substâncias psicoativas:

TABACO	ÁLCOOL	CRACK	MACONHA	COCAÍNA	OUTRAS DROGAS

Opções de resposta: Crise familiar; Acompanhar amigos; Curiosidade; Crise financeira; Desilusão amorosa; Revolta pessoal; Ansiedade; outros.

19- Na sua opinião, qual foi a droga de maior consumo que te levou a buscar por esse tratamento para dependência? () Crack () Maconha () Cocaína () Heroína

() Álcool, qual Bebida? _____ () outras: _____

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

20-Você acredita que as drogas trouxeram alguma consequência para sua vida?

() Sim () Não

21-Se sim, qual tipo de consequência (assinalo o número de alternativas que achar necessário): () dificuldade de aprendizagem () Dificuldade de Concentração () Problemas com a justiça (prisão) () DSTs () Conflitos com a família (desagregação familiar) () Perca do trabalho renumerado () Abandono dos estudos () Perca do contato com a sociedade (Desagregação social) () Prejuízos materiais e financeiros () Problemas com a saúde () envolvimento em Brigas () Outras: _____

22-Durante o tempo de consumo de drogas, você adquiriu alguma doença física ocasionada pelo uso de drogas?

() Sim, qual(is)? _____ () Não

23-Durante o tempo de consumo de drogas, você adquiriu alguma doença mental ocasionada pelo uso de drogas? () Sim, qual(is)? _____ () Não

PERFIL DE TRATAMENTO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

24-Antes dessa internação, você já tinha buscado algum outro tipo tratamento para dependência química?

() Sim, quantas vezes? _____ () Não

25-Se sim, na questão anterior qual ou quais foram os local(is) onde você já buscou tratamento para dependência de drogas (assinalo o número de alternativas que achar necessário):

() Comunidade Terapêutica () Hospital Psiquiátrico () CAPS ad () Clínica de internação () outros: _____

26-Tempo de tratamento nesta comunidade terapêutica (dia, mês ou ano): _____

27-É sua primeira vez internado nesta comunidade terapêutica? () Sim () Não: ___vezes

28-Este tratamento para dependência química em que você se encontra foi buscado por meio:

() Própria (voluntaria) () Família () Ordem Judicial () Outros: _____

29-Qual o motivo que o levou a decidir abandonar o vício e pedir ajuda? _____

30-Enquanto está internado nesta CT, quando você precisa de atendimento médico para onde você é encaminhado? () PSF () CAPS álcool e droga () Hospital público () Hospital Particular () Outro local: _

31-Para você o que mais tem ajudado neste tratamento?

() Uso de medicação () Apoio espiritual () Acompanhamento Psicológico () Acompanhamento médico Psiquiatra () outros: _____

32-Como você considera o tratamento nesta Comunidade Terapêutica?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim.

33-Você se relaciona bem com os internos desta comunidade terapêutica? () Sim () Não

34-Você exerce alguma atividade (doméstica, vigia, rural, etc.) dentro desta comunidade terapêutica?

() Sim: Qual_____ () Não

35-Você realiza atividades físicas dentro da comunidade terapêutica? () Sim () Não

36-Se sim, qual a frequência das atividades físicas? () Acontecem de 1 a 2 vezes por semana () Acontecem de 2 a 3 vezes por semana () Acontecem de 3 a 4 vezes por semana () Raramente acontecem () Não faço atividade física

37-Tem feito uso de algum remédio/medicamento diariamente dentro desta casa terapêutica?

() Sim. Qual:_____ () Não

38-Quais são os profissionais de saúde que trabalham para a sua recuperação no período de internação nesta Comunidade Terapêutica (marque quantos itens forem necessário):

() Médico Psiquiatra () Enfermeiro () Assistente Social () Psicólogo () Estagiários de enfermagem () Estagiários de Fisioterapia () Estagiários de Educação Física () outros: _

39-Quais são os profissionais da CT trabalham para a sua recuperação no período de internação nesta Comunidade Terapêutica (marque quantos itens forem necessário):

() Tutor da CT () Diretor da CT () Pastor responsável pela CT () outros: _____

40-Para você existe ou existiu algum tipo de dificuldade durante o tratamento de recuperação da dependência química e álcool nesta comunidade terapêutica?

() Ausência da família () Vontade de usar a droga ou álcool (abstinência)

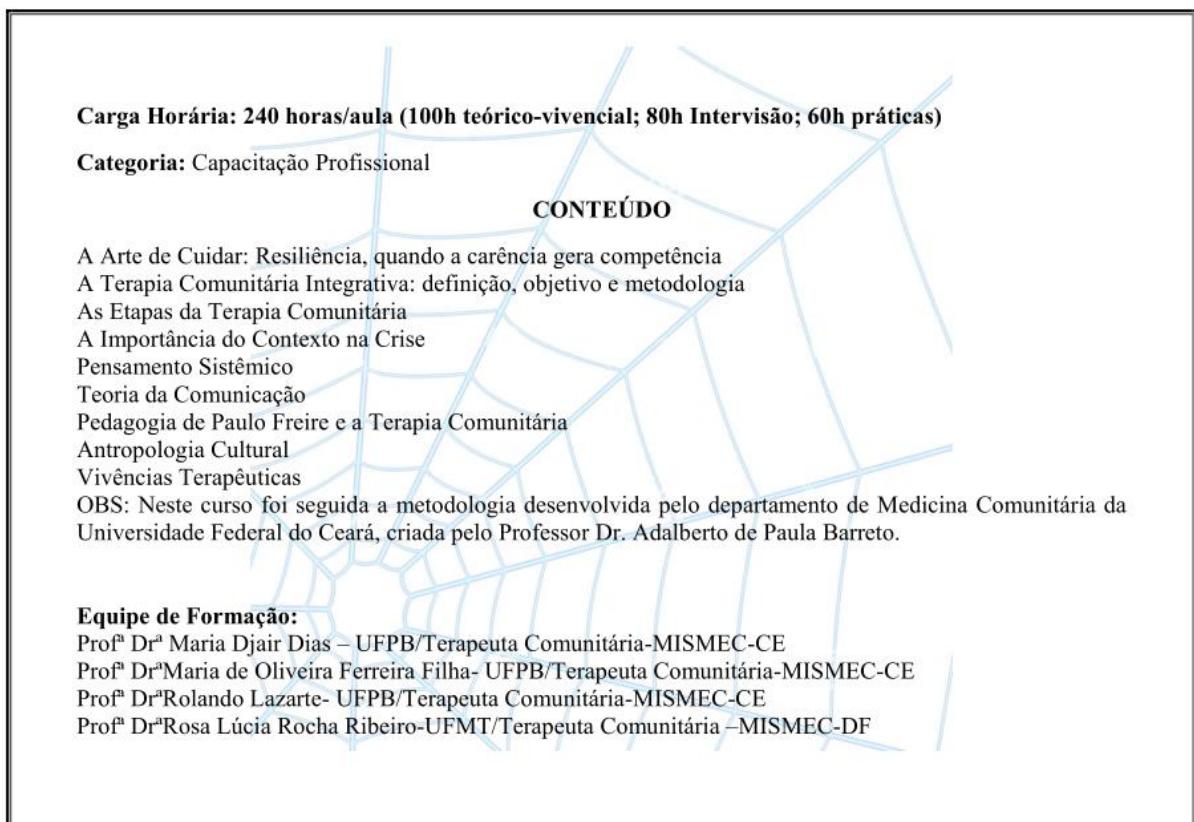
() Não ter com o que ocupar o tempo () Dificuldade de se relacionar com colegas

() Dificuldade de aceitar as regras/normas da instituição () outros fatores_____

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXOS

Anexo I - Certificado do curso de formação em Terapia Comunitária Integrativa



Anexo II - Escala de Autoeficácia Geral Percebida

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999.

Versão Inicial Brasileira Sbicigo, Teixeira, Dias, & Dell'aglio, 2012.

Versão Brasileira Final Gomes-Valério, 2016.

NOME: _____	
Data: ____ / ____ / ____	Registro: _____

Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito
------------------------------------	---	--	---

1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1	2	3	4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Eu me mantendo calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentar enfrentá-la.	1	2	3	4

Anexo III - Escala de Autoestima de Rosenberg**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

Anexo IV - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Inventário Ansiedade de Beck (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Anexo V - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI) – Frente

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações padrões de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2 Estou triste o tempo todo. 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2 Não espero que as coisas deem certo para mim. 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a). 1 Tenho fracassado mais do que deveria. 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto. 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir. 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar. 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a). 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito. 2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo. 3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a). 1 Sinto que posso ser punido(a). 2 Eu acho que serei punido(a). 3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a). 1 Perdi a confiança em mim mesma(a). 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a). 3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocritica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual. 1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser. 2 Eu me critico por todos os meus erros. 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar. 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes. 1 Choro mais agora do que costumava chorar. 2 Choro por qualquer coisinha. 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a). 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar. 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas. 3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	--

Subtotal da página 1 _____

Anexo V - Cont. Inventário de Depressão de Beck (BDI)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI) - Verso

<p>13. Indecisão</p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes. 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes. 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes. 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p>	<p>18. Alterações de apetite</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite. 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual. 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual. 2a Meu apetite está muito menor do que antes. 2b Meu apetite está muito maior do que antes. 3a Não tenho nenhum apetite. 3b Quero comer o tempo todo.</p>
<p>14. Desvalorização</p> <p>0 Não me sinto sem valor. 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes. 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas. 3 Eu me sinto completamente sem valor.</p>	<p>19. Dificuldade de concentração</p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes. 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente. 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo. 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p>
<p>15. Falta de energia</p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive. 1 Tenho menos energia do que costumava ter. 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa. 3 Não tenho energia suficiente para nada.</p>	<p>20. Cansaço ou fadiga</p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual. 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual. 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer. 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p>
<p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono. 1a Durmo um pouco mais do que o habitual. 1b Durmo um pouco menos do que o habitual. 2a Durmo muito mais do que o habitual. 2b Durmo muito menos do que o habitual. 3a Durmo a maior parte do dia. 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p>	<p>21. Perda de interesse por sexo</p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar. 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>17. Irritabilidade</p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual. 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual. 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual. 3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p>	

Subtotal da página 2 _____

Subtotal da página 1 _____

Subtotal da página 2 _____

Pontuação total _____

Anexo VI - Fichas de organização das informações da roda de TCI – MISC-PB - Frente



Fichas de Organização das Informações da Rodas de T.C.I

Equipe de Terapeutas:

1- Data: _____ Local: _____ horário: _____

2 - Tipo de grupo: () misto () específico _____

3 - Nº de participantes:	0 a 10 anos	<input type="checkbox"/>	11 a 19 anos	<input type="checkbox"/>
	20 a 59 anos	<input type="checkbox"/>	+ de 60 anos	<input type="checkbox"/>
	Total de Participantes	<input type="checkbox"/>	Novatos	<input type="checkbox"/>

4 - Listar os cinco principais temas apresentados:

1- _____
 2- _____
 3- _____
 4- _____
 5- _____

5 - Tema escolhido: _____

6 - Mote Proposto: _____

7 - A partir dos depoimentos dos participantes, que estratégias foram sugeridas para o enfrentamento do tema escolhido:

a- _____
 b- _____
 c- _____
 d- _____
 e- _____

8 - Fazer a conotação positiva, recolhendo do grupo - o que aprendeu / o que está levando / depoimento sobre os benefícios que trouxe para si a participação na T.C.:

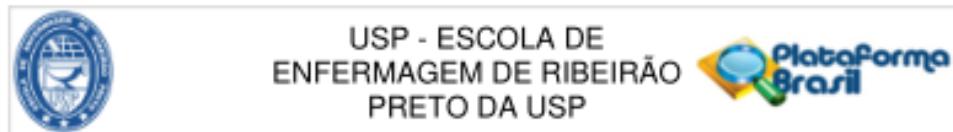
Anexo VI - Cont. Fichas de organização das informações da roda de TCI – MISC-PB - Verso

Apreciação da Atuação dos Terapeutas

Refere-se à forma como o encontro da T.C. foi conduzido, e os principais aspectos que ocorreram durante os cinco passos da Terapia. Estas informações devem ser preenchidas nesta ficha, pela dupla (terapeuta/ co-terapeuta) logo após a realização da TC.

Passos da TC	Como fizemos	O que precisa melhorar
1. Acolhimento		
2. Escolha do tema		
3. Contextualização		
4. Problematização		
5. Rituais de agregação conotação positiva		
Providências que precisam ser tomadas para a próxima Terapia Comunitária		

Anexo VII - Parecer do comitê de ética em pesquisa da EERP/USP



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS

Pesquisador: ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 68444017.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.487.000

Apresentação do Projeto:

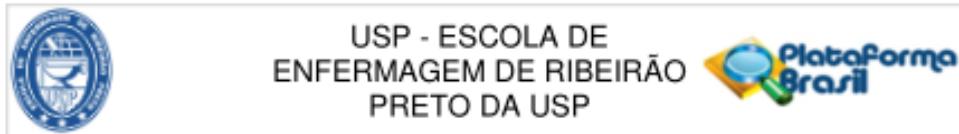
Trata-se de uma solicitação de emenda a um projeto já aprovado por este CEP. A pesquisadora informa que em visita nos dois campos participantes do estudo (casa A e B), deparou-se com um número de participantes insuficiente para conclusão deste estudo, sendo então, necessário buscar outras parcerias que atendessem os critérios do estudo.

Foram realizadas as seguintes alterações:

- Resumo: alterações no texto para atender a escrita do projeto;
- Cenário da pesquisa: alterado para três comunidades terapêuticas, em busca de garantir o número mínimo de participantes para as análises do estudo;
- Coleta de dados: ao longo do texto alterado casa A e B, para casa A, B e C;
- Apêndice III: inserido o Termo de Co-participação da nova CT participante do estudo;
- Questões do questionário semiestrurado: alterada para atender as questões do estudo;
- Os demais itens (Título, introdução, aspectos éticos da pesquisa, análise dos dados, riscos e benefícios, orçamento, cronograma, TCLE e apêndices) não sofreram alterações de contexto.

Endereço: BANDEIRANTES 3900	CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo VII - Cont. Parecer do comitê de ética em pesquisa – Folha 2



Continuação do Parecer: 2.487.000

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentado projeto com as alterações destacadas;
- Apresentado questionário semiestruturado com alterações destacadas.
- Foi apresentado "de acordo" da terceira instituição na qual a pesquisa será realizada;
- A nova instituição foi incluída na PB.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A solicitação de emenda foi adequadamente apresentada, estando aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

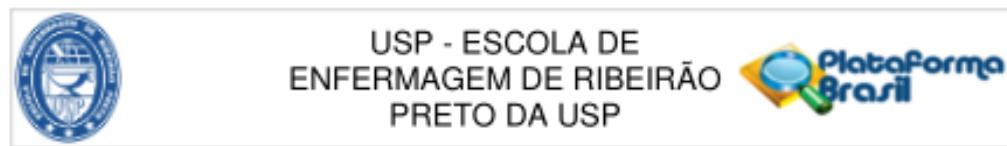
Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇOES_BASICAS_1064235_E3.pdf	17/01/2018 14:07:14		Aceito
Outros	Termo_de_Co_participacao_Missao_Ebenezer.pdf	17/01/2018 14:01:33	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
Brochura Pesquisa	Adendoll_Projeto_de_pesquisa_Alissei a_Lemes.pdf	17/01/2018 13:56:34	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
Outros	Adendoll_oficio_justificativa.pdf	17/01/2018 13:55:09	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
Outros	Adendoll_oficio_justificativa_CEP.pdf	11/12/2017 11:49:46	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Adendoll_Projeto_de_pesquisa_Alisseia _Lemes.pdf	11/12/2017 11:48:41	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Adendoll_TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	11/12/2017 11:48:01	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900	CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@serp.usp.br

Anexo VII - Cont. Parecer do comitê de ética em pesquisa – Folha 3



Continuação do Parecer: 2.487.000

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentado projeto com as alterações destacadas;
- Apresentado questionário semiestruturado com alterações destacadas.
- Foi apresentado "de acordo" da terceira instituição na qual a pesquisa será realizada;
- A nova instituição foi incluída na PB.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A solicitação de emenda foi adequadamente apresentada, estando aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇOES_BÁSICAS_1064235_E3.pdf	17/01/2018 14:07:14		Aceito
Outros	Termo_de_Co_participacao_Missao_Ebenezer.pdf	17/01/2018 14:01:33	ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
Brochura Pesquisa	Adendoll_Projeto_de_pesquisa_Alissei a_Lemes.pdf	17/01/2018 13:56:34	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
Outros	Adendoll_oficio_justificativa.pdf	17/01/2018 13:55:09	ALISSÉIA GUIMARAES LEMES	Aceito
Outros	Adendoll_oficio_justificativa_CEP.pdf	11/12/2017 11:49:46	ALISSEIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Adendoll_Projeto_de_pesquisa_Alisseia _Lemes.pdf	11/12/2017 11:48:41	ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Adendoll_TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	11/12/2017 11:48:01	ALISSÉIA GUIMARÃES LEMES	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900	CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br