



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA  
NEVES

FERNANDA REGINA GOUVÊA NOGUEIRA

**DEPENDENTES QUÍMICOS SOB TRATAMENTO EM COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS E A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAR**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

FERNANDA REGINA GOUVÊA NOGUEIRA

**DEPENDENTES QUÍMICOS SOB TRATAMENTO EM COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS E A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAR**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - IPTAN - como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Msc. Jane Daisy de Sousa Almada Resende

SÃO JOÃO DEL REI

2014

FERNANDA REGINA GOUVÊA NOGUEIRA

**DEPENDENTES QUÍMICOS SOB TRATAMENTO EM COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS E A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAR**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves - IPTAN - como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Msc. Jane Daisy de Sousa Almada Resende

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Jane Daisy de Sousa Almada Resende  
(orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Ana Cláudia Ribeiro Paiva

---

Prof<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Alice Conceição Christófar

*“A lei da mente é implacável.  
O que você pensa, você cria;  
O que você sente, você atrai;  
O que você acredita, torna-se realidade”*

*Buda*

Dedico este trabalho especialmente aos meus pais, Jurandir e Amélia, base de toda minha formação. E a Deus, pela força e coragem para seguir sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por iluminar e abençoar minha trajetória, dando força e coragem nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Jurandir e Amélia, meus maiores exemplos e orgulho, em especial minha mãe, pela amizade, incentivo, preocupação, orações, apoio e seu infinito amor.

À minha irmã Mariana, pelo carinho e apoio.

À minha orientadora, professora Jane Daisy, pela confiança depositada em mim, dedicação, motivação e por me acalmar em todos os momentos, sempre dizendo com muito carinho: "Calma! Vai dar tudo certo!".

Ao meu namorado e amigo Luan, pelo incentivo, carinho, compreensão, paciência e amor.

À minha madrinha Sandra, pelo seu carinho e por estar sempre presente nos momentos difíceis, me apoiando e demonstrando seu amor por mim.

Aos colegas de faculdade, por compartilharem momentos de alegria e superação no decorrer desses cinco anos.

À Camila, Mayra Coelho, Rosana, Thaís, Wanderlaine, pelo carinho, companheirismo, amizade, PACIÊNCIA, pela ajuda inestimável, conselhos, e por acreditarem em mim, mesmo quando nem eu mais acreditava.

A todos os meus amigos, pelo incentivo, apoio e por compreenderem a minha ausência em alguns momentos.

A todos os professores, desde de a pré-escola até minha formação acadêmica, pelos ensinamentos e por tudo que me ajudaram a conquistar.

A todos que de alguma maneira contribuíram na minha formação.

Muito obrigada!

## SUMÁRIO

|                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                          | <b>9</b>  |
| <b>1. UM OLHAR SOBRE AS DROGAS.....</b>                                                                          | <b>11</b> |
| 1.1 Classificação das drogas .....                                                                               | 12        |
| 1.2 Breve histórico das drogas.....                                                                              | 13        |
| <b>2. CONHECENDO AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....</b>                                                            | <b>16</b> |
| 2.1 Conceituando Comunidade Terapêutica .....                                                                    | 16        |
| 2.2 Breve histórico das Comunidades Terapêuticas .....                                                           | 17        |
| 2.3 Comunidade Terapêutica: aspectos práticos e atividades .....                                                 | 21        |
| 2.4 Perfil dos profissionais de uma Comunidade Terapêutica .....                                                 | 25        |
| <b>3. DEPENDENTE QUÍMICO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA: DA ADMISSÃO<br/>AO CUIDADO HUMANIZADO DA ENFERMAGEM.....</b> | <b>27</b> |
| 3.1 Critérios para admissão do dependente químico na Comunidade<br>Terapêutica.....                              | 27        |
| 3.2 Tratamento dentro da Comunidade Terapêutica.....                                                             | 32        |
| 3.3 O Papel humanizado do Enfermeiro na Comunidade Terapêutica .....                                             | 34        |
| 3.3.1 Redução de danos: o papel enfermagem.....                                                                  | 36        |
| 3.3.2 Vulnerabilidade: detectando os fatores geradores do uso de drogas.....                                     | 37        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                                | <b>39</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                          | <b>40</b> |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AA - Alcoólicos Anônimos

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CT's - Comunidades Terapêuticas

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

OMS - Organização Mundial de Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPA's - Substâncias Psicoativas

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

## RESUMO

A dependência química hoje é considerada um problema de saúde pública, atingindo indivíduos de todas as classes sociais, econômicas e de diferentes faixas etárias. Devido ao crescente número de usuários de substâncias psicoativas e os transtornos causados pelas mesmas, houve a necessidade de inserir na rede de assistência aos utentes serviços extra-hospitalares como as Comunidades Terapêuticas (CT's) para aprimorar o tratamento, recuperação e reinserção social do indivíduo dependente das drogas. Este trabalho tem como objetivo oferecer aos leitores um conhecimento sobre as drogas, como também divulgar as Comunidades Terapêuticas, abordando as ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto aos usuários de substâncias psicoativas em tratamento. Dessa forma, foi realizada uma pesquisa de caráter bibliográfico baseada em literatura específica, artigos e manuais referentes ao tema. Ao final deste estudo, foi percebido que a assistência dada aos dependentes químicos em um ambiente extra-hospitalar, ou seja, Comunidade Terapêutica, pode mudar paradigmas ofertando um cuidado integral aos pacientes através de uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro está inserido, e assim valorizando o atendimento direto ao cliente e sua família.

**Palavras-chave:** Substâncias Psicoativas; Dependência Química; Comunidade Terapêutica; Enfermeiro.

## INTRODUÇÃO

O uso e abuso de drogas vem atingindo índice de calamidade pública no Brasil e no mundo e, nos últimos anos vem afetando todas as camadas da população, comprometendo o desenvolvimento e a eficiência laboral dos usuários. Além disso, sabe-se que os investimentos em prevenção trazem economias significativas em cuidados com a saúde. Entretanto, são disponibilizados mais investimentos na recuperação do que na prevenção. Esta talvez não seja a melhor estratégia, visto que o tratamento de recuperação envolve sofrimento dos dependentes e de suas famílias e as sequelas ocasionadas pelo abuso de drogas têm se destacado como importante problema de saúde pública.

Visando isto, na década de 80, efetivou-se no Brasil a política de atenção integral aos usuários de álcool e de outras drogas, em que os cuidados aos dependentes são embasados em serviços extra-hospitalares, nos quais está inserida a comunidade terapêutica, considerada unidade que tem por função fornecer suporte e tratamento a dependentes químicos em um ambiente protegido para reabilitação, integrando meios que possibilitam otimizar o benefício terapêutico inserido no âmbito da ética profissional.

Para tanto, o trabalho é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar na qual o enfermeiro tem papel fundamental, visto como um elemento humanizado e encorajador aos drogaditos e etilistas, já que este é um processo longo, sofrível. A enfermagem, sob essa perspectiva, poderá estimulá-los a retomar a sua vida social.

Ressalta-se ainda que o profissional de enfermagem possui diversas possibilidades de acesso aos usuários em todo ponto da rede de assistência à saúde, trabalhando não somente com o aspecto administrativo da assistência, mas reconhecendo seu papel de agente terapêutico o que o torna um importante profissional na estratégia de enfrentamento do problema.

Assim, a escolha do referido tema surgiu pela necessidade de demonstrar a importância das comunidades terapêuticas para o tratamento e recuperação de usuários de drogas, bem como enfatizar a importância do enfermeiro nessas comunidades.

Para a realização deste trabalho, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, com procura de literaturas científicas específicas, entre elas artigos, livros, monografias, dissertações e teses e teve por objetivo oferecer aos leitores um

conhecimento sobre o papel do enfermeiro junto aos dependentes químicos nos serviços de saúde extra-hospitalares tendo como foco principal as Comunidades Terapêuticas.

Para melhor compreensão do tema, este estudo foi dividido em três partes, sendo que a primeira aborda o histórico de drogas e suas classificações, a segunda parte define as comunidades terapêuticas e seu surgimento, e a terceira parte especifica quais são os métodos de admissão do indivíduo em uma comunidade terapêutica, as formas de tratamento e o papel humanizado da enfermagem com dependentes químicos sob tratamento em comunidade terapêutica.

## 1. UM OLHAR SOBRE AS DROGAS

O consumo de drogas é uma prática que acompanha o homem há milênios, sendo sua história inserida na própria história da humanidade (CARRANZA; PEDRÃO, 2005; MARTINS; CORRÊA, 2004 *apud* PRATTA; SANTOS, 2009, p. 203). Além disso, desde os tempos mais remotos, certas plantas já eram utilizadas como benefício da mente, do corpo e do espírito, assim como, utilizadas para minimizar sofrimento e aumentar o prazer (BRASIL, 2002, p. 13; GRAU; BAGNOLESI, 2010, p. 4).

Entretanto, em grande parte da história, o consumo de drogas não atingia negativamente a comunidade, já que ele geralmente acontecia em rituais coletivos ou utilizados pela sociedade como demonstração de seus próprios valores (MACRAE, 2006, p. 1). Hoje a drogadição já é vista como problema de ordem social e reconhecida como problema de saúde pública, tendo em vista que comprometem a comunidade como um todo e, além disso, os indivíduos estão consumindo as drogas psicoativas cada vez mais jovens e por diversos motivos (CARDOSO, 2001, p. 10; PRATTA; SANTOS, 2009, p. 203).

Dentre os motivos pode-se afirmar que a inserção no “universo” das drogas revela a essencial vulnerabilidade existencial do homem. Isso se deve ao fato de que os indivíduos tomam como seu, tudo o que está a sua volta como as coisas do mundo, os outros homens, si mesmos, os sentimentos de angústia e da culpa (SODELLI, 2010, p. 639).

Com isso, o crescimento do seu uso vem se tornando preocupação em vários países, tendo em vista que além da vulnerabilidade citada, a instabilização de suas estruturas pode comprometer os valores políticos e socio-econômicos-culturais do país (GRAU; BAGNOLESI, 2010, p. 4).

Ressalta-se ainda que as drogas psicoativas ou psicotrópicas são definidas como substâncias que alteram o humor, comportamentos, sensações, a consciência e outras funções psicológicas (BRASIL, 2002, p. 13).

E, portanto, inexistem sociedades sem que nelas estejam inseridas as drogas. A diferença entre drogas lícitas e ilícitas faz com que o indivíduo esteja em desacordo ou não com a lei<sup>1</sup> (FILHO, *et al*, 2009, p. 7).

### 1.1 Classificação das drogas

As drogas podem ser identificadas como naturais, por serem oriundas de plantas, como os cogumelos e a trombeteira, as quais são ingeridas em forma de chá. As semi-sintéticas que passam por processos químicos para serem consumidas, sendo também extraídas de plantas, como a maconha, cocaína, o tabaco (cigarro) e o álcool. Já as sintéticas são produzidas em laboratórios, ou seja, passam por processos artificiais, como a heroína, a qual é obtida a partir de molécula de morfina, como também, o crack, os cristais de rachiche (BRASIL, 2002, p. 11).

Essas substâncias também são classificadas em lícitas e ilícitas. As primeiras são comercializadas e legalmente produzidas, ou seja, não é crime produzi-las, usá-las, nem comercializá-las, entretanto, também podem causar dependência, como o álcool e o tabaco. Já as ilícitas são as drogas proibidas que causam dependência e cuja produção, comercialização e consumo são considerados crime. As mais consumidas pelos usuários brasileiros são a maconha, a cocaína e o crack (BRASIL, 2002, p. 11; PILLON; LUIS, 2004, p. 677).

A maconha é uma planta que não é natural do Brasil, foi trazida pelos escravos, chamada de fumo-de-Angola, e é original da planta *Cannabis Sativa L.* E Rapidamente seu uso foi disseminando entre os índios e os escravos, que passaram a cultivá-la. Depois de séculos com a popularização dessa planta, foi considerada como medicamento indicado para muitos males (CARLINI, 2006, p. 314).

A cocaína (Crack, pasta de coca, merla) é extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do sul, sendo uma substância natural, a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou epadu, nome dado pelos índios brasileiros. A cocaína apresenta-se em forma de “pó”, chamada de “farinha”, “neve”, ou “branquinha”, podendo ser dissolvida em água para uso intravenoso, ou aspirada,

---

<sup>1</sup> No Brasil, a Lei 11343/06 estabelece os critérios de criminalização do uso de drogas, estabelecendo as categorias de uso e consumo e ainda de tráfico, venda ou repasse de substâncias entorpecentes (BRASIL, 2006, p. 01).

pode também ser usada em forma de base, passando então a ser conhecida como o crack. O crack é pouco solúvel em água, portanto, quando é esquentado, volatiliza e é fumado em “cachimbos”. Há também a “merla”, cocaína em forma de base, sendo preparada com substâncias diferentes do crack, mas que também é fumada.

Há ainda a pasta de coca, que é obtida nas primeiras fases da extração das folhas das plantas, contendo muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros chamados “basukos” (CARLINI, 2006, p. 315).

De acordo com Brasil (2002, p. 15-16), as classificações de como as drogas psicoativas produzem seus respectivos efeitos no sistema nervoso central (SNC), ou seja, seus mecanismos de ação são divididos em quatro grupos:

- Estimulantes: Há uma aceleração das atividades corporais, fazendo com que as pessoas se sintam mais alertas e com mais energia, apresentando mais agitação, pois essas substâncias como a cocaína, anfetamina, nicotina e cafeína aumentam a velocidade do processo cerebral.
- Depressoras: Há uma diminuição do ritmo das ações e funções orgânicas, fazendo com que as pessoas fiquem mais relaxadas, como o álcool, tranquilizante e opióide, pois reduzem as atividades cerebrais.
- Alucinógenas: Alteram a percepção fazendo com que a pessoa perca o sentido do tempo e espaço, como a maconha, LSD e mescalina.
- Medicamentos psiquiátricos: São drogas utilizadas para tratamento de transtornos mentais, crônicos ou não, como os antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores do humor.

Tais classificações foram determinadas também pelo Ministério da Justiça do Brasil e ficam disponíveis através da Secretaria Nacional Antidrogas (CALATRONE, 2011, p. 18).

## **1.2 Breve histórico das drogas**

A palavra droga, segundo Oliveira (2010, p. 240), surgiu do termo holandês “droog”, que significa folha seca, tendo em vista que nos tempos passados os medicamentos eram manipulados tendo como base os vegetais. A medicina atualmente define droga como substância química, natural ou sintética, que produz alteração sobre o funcionamento normal da pessoa, resultando em mudanças

comportamentais e fisiológicas (BRASIL, 2002, p. 13). O que corrobora com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera droga como substâncias que alteram o funcionamento do organismo humano, afetando sua estrutura ou função.

Segundo Pratta e Santos (2009, p. 203), abordar o uso de drogas é falar sobre o processo saúde/doença. Nesse sentido, para discutir sobre a dependência química na atualidade, é necessário refletir e conhecer a história da evolução da droga, visando as questões de saúde e doença e os modelos de assistência utilizados em cada época.

Desde a pré-história, já existiam vários tipos de substâncias psicoativas que eram utilizadas para diferentes fins, como estados de êxtase místico/religiosos, prazerosos, lúdicos e até mesmo curativos por meio de práticas religiosas, tradicionais ou no contexto médico-científico (MACRAE, 2006, p. 1). Carranza e Pedrão (2005); Martins e Corrêa (2004) *apud* Pratta e Santos (2009, p. 203) completam que: “O consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas.”

Na época colonial, os povos indígenas não só utilizavam algumas especiarias como remédios, mas também as utilizavam como alimentos, pois não havia uma identificação clara entre alimentos e drogas. Buscando sempre uma maneira de combater a dor psíquica, física e sentir prazer. Mas com o passar dos tempos, o homem e suas tecnologias médico-científicas, foi distinguindo o que era alimento benéfico e o que eram as drogas (GÓIS; AMARAL, 2009, s.p).

Assim, em meados da década de 1950, a OMS listou as substâncias que caracterizam a dependência química como enfermidade (GOMES, 2010, s.p). A instalação desta doença se faz de maneira gradativa, tendo em vista que geralmente, no início o consumo se dá por caráter experimental, em seguida recreacional ou esporádico, funcional e, finalmente, a instalação da dependência. E, considerando a gravidade da situação, o Estado passou a intervir nas relações cotidianas das populações quanto ao consumo, participando de acordos internacionais, legislações específicas e aparatos policiais somente no século XX (GÓIS; AMARAL, 2009, s.p).

Essa dependência acontece por ser entendida pelo organismo como um estado agradável e por proporcionar uma forte sensação de bem estar, causando, portanto, dependência física que é o estado de surgimento de sintomas físicos,

como a síndrome de abstinência, quando a droga é suspensa do organismo de usuários; e a dependência psicológica, ou seja, um incontável desejo de obter a droga para obter um alívio do desconforto e sentir prazer (GÓIS; AMARAL, 2009, s.p).

Segundo a OMS, tal dependência é uma doença que não possui causa única e não tem cura. Há alteração no funcionamento normal da pessoa além de afetar o homem de maneira biológica, psíquica e social (COSTA, 2009, p. 4) elevando, muitas vezes, os índices de criminalidade e práticas anti-sociais (CARDOSO, 2001, p. 9).

Entretanto, é sabido que a dependência de substâncias psicoativas se apresenta como um dos desafios a que o usuário e a comunidade estão sujeitos, além de estar entre as principais causas de internações hospitalares e extra-hospitalares (BRASIL, 2002, p. 21). Desse modo, a Comunidade Terapêutica surge como uma alternativa interessante ante à prática de internação hospitalar, diante disso, no capítulo seguinte abordaremos o assunto para melhor entendimento.

## 2. CONHECENDO AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

### 2.1 Conceituando Comunidade Terapêutica

As Comunidades Terapêuticas são dispositivos de assistências extra-hospitalares que atuam no tratamento, recuperação e reinserção social do indivíduo dependente de substâncias psicoativas, sendo de extrema importância a internação desses usuários em residências terapêuticas, para mantê-los em abstinência total do uso destas substâncias (COSTA, 2009, p. 1). Tais comunidades foram criadas como uma alternativa de modelo hospitalar para tratamento decorrente do uso nocivo ou dependência do álcool (SÃO PAULO, 2011, p. 10).

Viera (2007, p. 16) completa que, historicamente, as Comunidades Terapêuticas surgiram para atender as necessidades de pessoas com problemas de Saúde Mental e problemas severos de abuso de drogas, em decorrência da ineficácia de Instituições Psiquiátricas. Foi adotada na década de 50, tornando-se um instrumento eficiente para a Reforma de Saúde Mental.

Portanto, as Comunidades Terapêuticas ou serviços de atenção à população com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo o modelo psicossocial, são unidades que têm por função dar suporte e tratamento aos utentes em períodos previamente estabelecidos conforme programa terapêutico, atendendo e adequando a realidade de cada caso (SÃO PAULO, 2011, p. 10).

A fim de reestabelecer o papel de cidadão destes usuários, faz-se necessário o trabalho de reabilitação psicológica, física, além da reinserção social, lembrando que o foco principal é a convivência entre os residentes (SÃO PAULO, 2011, p. 10).

Em meados de 1970, surgiu no Brasil a Reforma Psiquiátrica dando ênfase às mudanças do modelo de atenção em saúde mental, implantando serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Serviços de Urgência e Emergência, além de leitos Psiquiátricos em hospital geral, proporcionando uma melhoria e adequada assistência terapêutica aos portadores de sofrimento mental, reabilitação psicossocial, e liberdade para desfrutar de seus direitos civis (BRITO *et al*, 2012, p. 396).

## 2.2 Breve histórico das Comunidades Terapêuticas

A Comunidade Terapêutica teve como ponto inicial de seu surgimento o movimento do Grupo de Oxford, que é uma organização religiosa fundada em 1860, pelo ministro evangélico luterano, Frank Buchman, que transmitia mensagens com o objetivo de renascimento espiritual da humanidade, tornando-se acomodável toda forma de sofrimento humano. Portanto, o alcoolismo e os transtornos mentais, por serem sinais de destruição espiritual, eram contemplados pelas preocupações do movimento, mesmo não sendo o foco principal. Nas práticas, inseria-se o cuidado mútuo, a ética do trabalho, a orientação partilhada e o valor evangélico da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o auto exame, a reparação e o trabalho em conjunto (FRACASSO, 2008, p. 10).

Essa comunidade religiosa, chamada de Fraternidade Cristã do I Século, teve seu nome mudado para “Moral Rearmament” em 1900, porém buscando um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos. Várias vezes por semana eles faziam encontros para ler e comentar a Bíblia, e o principal instrumento de comprometimento entre si, era a honestidade. Em 1935, nasceu em Akron, Ohio, o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), fundado por dois dependentes de álcool em recuperação, Bill Wilson, corretor de Nova York e pelo médico cirurgião, Bob Smith. Tendo como experiência mais de 10 anos de convivência, os membros da “Moral Rearmament”, comprovaram que aproximadamente 25% dos participantes das reuniões eram alcoólicos em recuperação. Nos Estados Unidos, os integrantes do grupo passaram a reunir para compartilhar o esforço e empenho que faziam para permanecer sóbrios. E assim, com o passar dos anos, o AA tornou-se o maior grupo de auto ajuda do mundo (MINAS GERAIS, 2014, p. 4).

Através do grupo Oxford, foram criados os princípios do AA, sendo estes: confessar-se aos outros, reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão e a crença no grupo. Na irmandade do AA, ou seja, na troca de experiência, surgiu a missão de ajudar outros dependentes do álcool, sendo que o membro Oxford tem uma relação específica com o Deus Cristão, já o membro individual pode se envolver particularmente com o seu próprio conceito de Poder Superior. Nas duas orientações há uma ênfase em um Poder Superior ao eu como fonte espiritual de mudança pessoal (FRACASSO, 2008, p. 10).

Entretanto, no campo psiquiátrico também aconteciam revoluções de experiências no modelo de Comunidades Terapêuticas democráticas para transtornos mentais, sendo estes, movimentos mais ligados aos grupos religiosos (FRACASSO, 2008, p. 11).

Na metade da década de 1940, na Inglaterra, a Comunidade Terapêutica psiquiátrica foi desenvolvida na unidade de reabilitação social do Belmont Hospital, mais tarde conhecido como Henderson. O tratamento era voltado para pacientes com problemas psiquiátricos, aqueles que apresentavam transtornos constantes de personalidade (FRACASSO, 2008, p. 12).

Durante o período da Segunda Guerra Mundial, o psiquiatra escocês Maxwell Jones, trabalhando no Hospital Maudsley, em Londres, e também nos Hospitais de Henderson e Diggleton, de 1945 a 1969, começou a transformar o trabalho tradicional em forma de tratamento, como a psicoterapia individual e em grupos, fazendo os pacientes participarem de atividades propostas dentro de cada instituição e assim diminuindo o uso de medicamentos. Maxwell Jones tinha como objetivo democratizar a estrutura hospitalar, estimulando a comunicação entre os membros, separando-os em diferentes níveis, inserindo todos no processo terapêutico, fazendo com que os internos participassem das práticas do dia a dia da comunidade. Eram realizadas assembleias gerais com a participação dos residentes e todos tinham direito de expor suas ideias e fazer perguntas, para garantir e dar continuidade nos objetivos propostos (MINAS GERAIS, 2014, p. 5).

Os resultados obtidos foram satisfatórios, mas através da prática houve a necessidade de algumas correções, sem prejuízo das diretrizes básicas. Maxwell Jones foi de extrema importância com sua proposta de obter a participação ativa dos internos na própria terapia, comunicação social democrática, igualitária e com o envolvimento de sentimentos, assim reduzindo as tensões sociais no trabalho terapêutico (MINAS GERAIS, 2014, p. 5).

O mesmo autor (2014, p. 6), relata que através dos resultados positivos de recuperação na Comunidade Terapêutica, o psicólogo americano Hobart O. Mower, na década de 1960 e 1970, iniciou estudos sobre essas Comunidades, analisando a sua história, os conteúdos, e os processos grupais. Assim, por meio de suas experiências, confirmou suas hipóteses de que as Comunidades Terapêuticas precisam ter as seguintes características:

- Compartilhar: Não só em relação aos bens, mas também a compartilhar com os membros do grupo o que cada um possui do ponto de vista humano. É um dos valores mais comuns e fundamentais.
- Honestidade: O indivíduo tem que ser honesto consigo mesmo e com os membros do grupo. Isso é um ponto forte que emerge dos fenômenos das CT's.
- Espiritualidade: São grupos capazes de resgatar e mobilizar a energia espiritual desses indivíduos, encorajando a busca pelos seus objetivos, as CT's oferecem instrumentos que dão a liberdade para que a pessoa siga sua própria dimensão espiritual.

Outra característica apresentada nos estudos de Dr. Mower é a de que o próprio indivíduo é protagonista das ações terapêuticas, porque ele sabe do que precisa, mas sozinho é incapaz de buscar. É responsável pelo seu próprio crescimento, porém, precisa da participação dos outros para se ajudar (MINAS GERAIS, 2014, p. 6).

A primeira Comunidade Terapêutica foi fundada em agosto de 1959, em Santa Mônica, na Califórnia, e se chamou Synanon. Seu fundador foi Charles (Chuck) Dederich, um dependente de álcool em recuperação, o qual uniu suas experiências às da irmandade do AA, a fim de desenvolver programas da Synanon, dando sequência a normas do AA que são fundamentais, tais como a mútua ajuda, a crença de que a capacidade de mudança e recuperação está no indivíduo, e o principal instrumento terapêutico que é o relacionamento com outros indivíduos (FRACASSO, 2008, p. 10).

O mesmo autor (2008, p. 10) completa que:

O objetivo do processo grupal era ajudar a pessoa a desvelar e alterar comportamentos e atitudes características associadas à dependência de substâncias psicoativas. A interação grupal era utilizada para elevar a autoconsciência individual desses aspectos negativos da personalidade, por meio de seu impacto nas outras pessoas, sendo a persuasão grupal um recurso destinado a levar a total honestidade pessoal, completa auto-exposição e compromisso absoluto com a mudança de si mesmo.

A Comunidade Terapêutica Synanon adotou os princípios morais e espirituais do grupo Oxford e AA e também os 12 passos. Tinha como objetivo não só manter a sobriedade como também mudar a personalidade e os estilos de vida. E assim, foram se originando outras Comunidades Terapêuticas, conservando alguns conceitos básicos e aperfeiçoando o modelo proposto pela Synanon (FRACASSO, 2008, p. 11). Com esses tipos de abordagem, as Comunidades Terapêuticas foram se multiplicando na América do Norte e se estendendo para o norte da Europa, principalmente na Inglaterra, Holanda, Suécia e Alemanha. Chegou à Itália no início de 1979, onde foi fundada a Escola de formação para Educadores de Comunidades Terapêuticas e os mesmos profissionais levaram essas ações para a Espanha, Ásia, África e América Latina (MINAS GERAIS, 2014, p. 5).

Ao longo dos últimos quarenta anos, surgiram no cenário Brasileiro as Comunidades Terapêuticas que foram se expandindo e se multiplicando mesmo com a inexistência de políticas públicas de atenção à dependência química, e ocupando espaços na medida em que já não existiam programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas de atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas (SPAs), deixando a desejar o tratamento (COSTA, 2009, p. 2).

Vale ressaltar que até começar o surgimento das Comunidades Terapêuticas, o indivíduo dependente químico era internado em manicômios, sendo considerado uma pessoa com transtornos psiquiátricos, além disso, muitas vezes tratado como um caso de polícia. Devido ao grande crescimento da drogadição no mundo e no Brasil, problema que atinge indivíduos de todas as classes, raças e cada vez mais uma faixa etária precoce, adquire, portanto, um caráter de saúde pública, surgindo então a necessidade de se implantar de uma forma lenta e gradativa, políticas públicas específicas à atenção a dependência química (COSTA, 2009, p. 2-5).

No Brasil, em 1968, na cidade de Goiânia, nasce a primeira Comunidade Terapêutica, que veio de um movimento religioso, como em Oxford, tendo o nome de Desafio Jovem e coordenada pelo pastor Edmundo. Já em 1978, em Campinas foi fundada a segunda Comunidade Terapêutica, denominada Senhor Jesus, que também veio de um movimento religioso, sendo coordenada pelo missionário americano Padre Haroldo Rham (MINAS GERAIS, 2014, p. 10).

Com a finalidade de regulamentar o funcionamento das Comunidades

Terapêuticas, a SENAD ( Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), junto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) editaram a Resolução 101 da ANVISA, de 30 de maio de 2001, estabelecendo diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais, tendo a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial (BRASIL, 2001, s.p).

Ao longo do período da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) – 101/2001 o uso e abuso de drogas no País se transformou, fazendo com que fosse necessária uma mudança relacionada às ações de tratamentos e reinserção social desses indivíduos. Desta forma, iniciou-se um processo em várias esferas da Administração Pública Federal para a elaboração e aprovação de novos dispositivos normativos para a revisão da norma de 2001 (BRASIL, 2004, p. 15). E como consequência em 2011, a ANVISA revogou a RDC - 101/2001 e publicou a nova Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho, que define as Comunidades Terapêuticas como unidades que têm por função fornecer suporte e tratamento aos usuários abusivos de substâncias psicoativas. A convivência entre os pares é o principal instrumento terapêutico que tem por finalidade resgatar a cidadania desses usuários, por meio da reabilitação física, psicológica e da reinserção (BRASIL, 2011, s.p).

### **2.3 Comunidade Terapêutica: aspectos práticos e atividades**

O público alvo a ser inserido na Política de Assistência Social das Comunidades Terapêuticas são indivíduos em que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos advindos da utilização de substâncias psicoativas (COSTA, 2009, p. 8).

Assim, a Comunidade Terapêutica se diferencia de outras modalidades de comunidades através do seu modo de uso, ou seja, o modo de conduzir o acompanhamento do residente, que tem como objetivo principal tratar o transtorno individual, transformando estilos de vida e identidade pessoais, sendo destinada a ajudar os indivíduos a mudar a si mesmo (MINAS GERAIS, 2014, p. 4).

Todos os métodos utilizados na Comunidade Terapêutica, assim como as atividades propostas, os profissionais, residentes e sua estrutura são projetados

para facilitar o tratamento e o crescimento pessoal do indivíduo, tendo como foco não só interromper o uso das drogas, mas também mudar seu estilo de vida (OBID, 2007, s.p.; MINAS GERAIS, 2014, p. 4).

Para desenvolver um acompanhamento de qualidade, é de extrema importância entender os elementos que compõem todo o trabalho realizado na Comunidade Terapêutica. Sua abordagem consiste basicamente na autoajuda, o que a diferencia das práticas psiquiátricas e médicas tradicionais. Portanto, todas as atividades da Comunidade Terapêutica têm o objetivo de fortalecer a autoajuda ensinando também o autodesenvolvimento (MINAS GERAIS, 2014, p. 5).

De acordo com Minas Gerais (2014, p. 5 - 7), para desenvolver este trabalho na Comunidade Terapêutica é necessário considerar os diversos aspectos que compõem a integralidade do indivíduo, como a família, trabalho, lei, dentre outros. Para alcançar o desenvolvimento do residente na sua integralidade e o equilíbrio, alguns instrumentos são utilizados, como:

- Grupos: Os grupos são os componentes terapêuticos e educacionais da comunidade, que têm como principal objetivo a autoajuda, por meio de relatos de vivência do outro membro, ajudando o outro a se identificar e resolver os obstáculos que impedem o seu desenvolvimento e dar melhores condições para que encontre as soluções. Dentre estes destacam-se: o grupo psicoterápico, o de confronto, o de sentimentos e o de prevenção à recaída.
- Grupo Psicoterápico: Seu objetivo é promover o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais e de apoio mútuo entre seus membros. Tem como principal meta criar um espaço de reflexão, no qual o indivíduo tenha oportunidade de buscar o sentido de suas próprias vivências, transformando sua vida.
- Grupos de Confronto: Esse grupo proporciona opções que envolvem o residente nas decisões a serem tomadas e a estabelecer um contato mais próximo e significativo com o mundo ao seu redor. Esse confronto é uma forma de mostrar ao residente que o modo de agir e o comportamento dele estão tendo repercussão na Comunidade Terapêutica. Dessa forma, o grupo precisa oferecer um momento para que o residente peça auxílio de forma verdadeira, de acordo com os comportamentos inadequados que foram observados tanto pela

equipe, quanto pelos outros residentes. Ele começa a ter a percepção em relação a limites para seus comportamentos e aprende a conviver com o “não”.

- Grupo de Sentimento: O objetivo principal é ajudar o residente a descobrir-se como pessoa sensível e também os outros como seres sensíveis. Neste grupo, ele vai aprender a compreender seus sentimentos, e assim, compreender sua relação com o mundo. E também vai preparar o residente para não responder imediatamente a seus sentimentos, aprendendo a dominá-los, e deixá-los livres no momento e da maneira apropriada. Com este aprendizado, dentro da Comunidade Terapêutica, o residente poderá usufruir desse sentimento no momento da Reinserção Social.
- Prevenção à Recaída: Esse grupo tem como principal objetivo reconhecer os comportamentos que podem levar o indivíduo novamente ao uso de drogas, ou seja, a recaída. Aprende a identificar situações de risco, desenvolve um autocontrole e habilidades para evitar as mesmas. Prepara o residente para a realidade que irá encontrar fora da Comunidade Terapêutica.
- Atendimento Individual: São intervenções psicológicas que têm como principal objetivo o fortalecimento e o crescimento pessoal do residente. Esse atendimento individual, trabalha os aspectos aos quais em grupo, ele ainda apresenta resistência e dificuldade.
- Acompanhamento Familiar: É necessário que a família também tenha um acompanhamento, que ele não seja só restrito apenas aos residentes. Pois quando um membro da família adoece, toda a família também adoece, o que se chama de codependência: caracterizada pela angustia, ansiedade, e principalmente pela compulsividade obsessiva em relação a tudo que envolve a vida do dependente. O codependente deixa de viver sua própria vida e passa a viver na dependência dos acontecimentos que ocorrem na vida do dependente de substâncias psicoativas. O acompanhamento familiar, seja ele individual ou nos grupos de família, vai ajudar o familiar a compreender que também está adoecido, e que algumas atitudes, mesmo quando têm o objetivo de ajudar o dependente, acabam contribuindo para o

uso prejudicial do álcool e outras drogas e o não desenvolvimento pessoal do residente. Esse tratamento familiar tem como objetivo as mudanças e crescimento de seus membros, identificando os fatores de risco e proteção em relação ao residente. Isso fará com que o familiar reflita sobre o seu papel na recuperação e vida do residente.

- **Laborterapia:** O trabalho realizado na Comunidade Terapêutica, apesar de ter sido criado, em certo aspecto na necessidade, surgiu com o objetivo de assumir algo de grande significação social e psicológica, no que diz respeito à recuperação do residente, o que difere na abordagem da Comunidade Terapêutica, pois em algumas abordagens, as pessoas são caracterizadas como “pacientes” e, em consequência disso, incapazes, mesmo que temporariamente. O trabalho desenvolvido nessas comunidades tem o objetivo de facilitar a troca pessoal e é realizado de forma holística. Dessa forma, vida pessoal e trabalho não se dividem. Então, quando algo afeta o desempenho no trabalho e a produção, pode indicar que problemas pessoais estão acontecendo.
- **Regimento Interno:** É o conjunto de regras estabelecidas pela Comunidade Terapêutica que regulamentam e normatizam seu funcionamento. É fundamental que todas as Comunidades Terapêuticas mantenham regras para todos os residentes e funcionários. É importante ter um regulamento para padronizar as condutas, manter a harmonia, permitindo assim que o corpo dirigente avalie a aderência e desenvolvimento de cada residente, dando ao residente um parâmetro para avaliar seus próprios resultados.
- **Rotina:** A rotina é um componente tanto estrutural quanto sistêmico do tratamento, pois é um sistema de atividades planejadas, inter-relacionadas e projetadas para alcançar metas clínicas e administrativas. Os indivíduos que fazem o uso nocivo de substâncias psicoativas, são carentes de rotinas produtivas e de capacidade de administração de tempo, necessitando de uma estrutura. Desse modo, a rotina oferece um ambiente organizado para os residentes, reduzindo o tédio, as preocupações negativas e a falta de estímulo, associadas ao uso de álcool e outras drogas no passado.

## 2.4 Perfil dos profissionais de uma Comunidade Terapêutica

Com o desenvolvimento da Comunidade Terapêutica no decorrer dos tempos e com a perspectiva do indivíduo na sua integralidade, foi preciso uma modificação, ampliada pela inclusão de vários serviços adicionais à família, formação vocacional, saúde física e mental e educação. Assim, as equipes tiveram que ser alteradas, contando com as diversidades de profissionais, formando uma equipe multidisciplinar. Essa equipe tem a função de realizar grupos terapêuticos e terapia individual, organizar projeto sociais e de recreação, garantir manutenção com o contato da família do residente, elaborar projeto terapêutico individual e institucional, dentre outros. Logo, ajuda o residente a desenvolver seu potencial, auxiliando na condução do trabalho e garantindo que ele seja desenvolvido com qualidade e dentro dos princípios da Comunidade Terapêutica (BERNARDO,1998, p. 69; MINAS GERAIS, 2014, p. 8).

Para os profissionais de uma Comunidade Terapêutica desenvolver suas atividades dentro da mesma é de extrema importância obter o conhecimento de alguns fatores, conforme citado por Minas Gerais (2014, p. 8):

- Profissional capacitado e que tenha o conhecimento sobre o uso prejudicial do álcool e outras drogas e a abordagem da Comunidade Terapêutica.
- Não é permitido o envolvimento pessoal com os residentes. Por outro lado, é importante não tratá-los com frieza e nem tornar-se distante, manter sempre uma postura ética frente aos residentes, oferecendo-lhes profissionalismo no desempenho de suas funções.
- Acreditar sempre na capacidade de mudança do indivíduo ali residente para o tratamento.
- Ter capacidade de trabalhar em equipe, pois o trabalho multidisciplinar é de extrema importância para o tratamento do indivíduo e sua integralidade. Discussões de casos, compartilhamento de informações, estratégias em conjunto, elaboração de metas são essenciais para o desenvolvimento do programa e o sucesso do tratamento do residente.
- Tratar o dependente químico como um indivíduo biopsicossocial.

É preciso ter um profissional responsável técnico que responda por todas as questões técnicas da Instituição, e que tenha atribuições e funções específicas. O responsável técnico tem que estar legalmente habilitado, pois ele é o profissional que detém conhecimentos em determinada área, respondendo tecnicamente pela qualidade dos serviços prestados pela Comunidade Terapêutica (MINAS GERAIS, 2014, p. 10).

O mesmo autor (2014, p. 10) completa que,

A responsabilidade técnica foi criada para garantir a melhor atuação profissional, fazendo com que a instituição cumpra o seu objetivo dentro dos preceitos éticos e científicos da profissão e do programa terapêutico estabelecido. Assim, é necessário que ele esteja devidamente inscrito no Conselho de Classe e zele pelo cumprimento das disposições legais e éticas estabelecidas para o exercício profissional.

Assim, definiu também que o Responsável técnico tem responsabilidade de conhecer e garantir a aplicação dos seguintes documentos:

- Proposta de desenvolvimento dos residentes e seus atos constitutivos;
- Regimento Interno;
- Estatuto Social;
- Contrato Social;
- Programa Terapêutico Institucional;
- Projeto Terapêutico Individualizado;
- Prontuários.

Tal profissional é a garantia que as Instituições dão aos seus residentes, sendo que esta é uma atribuição específica e que responde, tecnicamente pela assistência e qualidade dos serviços prestados aos residentes sob sua responsabilidade (MINAS GERAIS, 2014, p. 10).

No próximo capítulo serão abordados assuntos atinentes à admissão do dependente químico na comunidade terapêutica e a atuação do enfermeiro no processo de cuidado e humanização no processo de atendimento e tratamento.

### **3. DEPENDENTE QUÍMICO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA: DA ADMISSÃO AO CUIDADO HUMANIZADO DA ENFERMAGEM**

Entendendo a complexidade e singularidade do sujeito dependente químico, às práticas assistenciais multidisciplinares têm se tornado essenciais na recuperação deste no ambiente extra-hospitalar em todas as etapas do processo.

Neste sentido, o enfermeiro pode ser inserido como um agente terapêutico que através do relacionamento estabelecido com o paciente, colabora com a equipe, auxiliando os dependentes a tornarem-se ativos em seu próprio tratamento (VILLA; CADETE, 2000, p. 13; CAMPOS; BARROS, 2000, p. 273).

O enfermeiro, como profissional que representa a mediação de saberes, possibilita ao paciente acesso aos conhecimentos necessários sobre a drogadição, prevenção, redução de danos e vulnerabilidade social. Com isso, a atuação da enfermagem para o cuidado humanizado do dependente químico poderá auxiliar no tratamento efetivo (SODELLI, 2010, p. 638).

#### **3.1 Critérios para admissão do dependente químico na Comunidade Terapêutica**

Com tamanha diversidade de ofertas de tratamentos existentes aos dependentes químicos, é de grande importância distinguir o público específico para Comunidade Terapêutica, tendo em vista que a identificação correta do público reflete diretamente nas chances de sucesso do indivíduo. Além disso, nem todo tratamento se destina a todos os dependentes químicos (MINAS GERAIS, 2014, p. 11).

Corroborando com o autor acima na admissão do dependente químico, o indivíduo deve, primeiramente, passar por uma avaliação realizada na triagem, e assim como preconizado na RDC 101/01, receber as indicações de tratamento na Comunidade Terapêutica (FRACASSO, 2008, p. 12). Vale ressaltar que os pacientes sob tratamento nas Comunidades Terapêuticas precisam ter condições mínimas de autocuidado, estarem cientes da situação e também motivados a seguir o tratamento de forma voluntária, pois não existe acompanhamento em tempo integral da equipe de saúde (SÃO PAULO; 2011, p. 39).

Tal avaliação a ser realizada na triagem deverá ter o acompanhamento do enfermeiro, que deverá realizar uma avaliação primária, através da anamnese e exame físico. Com isso, o trabalho da enfermagem atende ao prescrito na RDC 101/01, que estabelece o seguinte:

Para os Serviços que atendem dentro do modelo psicossocial, respeitado o critério de voluntariedade e não discriminação por nenhum tipo de doença associada, não haverá restrições quanto ao grau de comprometimento para adesão e manutenção do tratamento. A situação social, familiar e legal da pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA não será condição restritiva ao tratamento. *A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica, cujos dados deverão constar na Ficha de Admissão* (RDC 101, 2001, s.p. Grifos nossos).

Segundo a RDC 101 (2001, s.p), a ficha de admissão, portanto, tem a participação direta do enfermeiro em sua elaboração. Com esse contato primário, o enfermeiro passa a estabelecer com o paciente um processo de conhecimento do grau de comprometimento com a substância e anamnese, que, tem as seguintes dimensões descritas abaixo (TAB. 1).

**Tabela 1** – Ficha de anamnese com o grau de comprometimento conforme substância utilizada

|                                                                                                                         | <b>Comprometimento Leve</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Comprometimento Moderado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Comprometimento Grave</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Adesão:</b> Representa o grau de resistência ao tratamento de acordo com o comprometimento do indivíduo em avaliação | Onde o indivíduo tem a motivação para a mudança, tornando-se consciente de sua situação às substâncias psicoativas, perdas relacionais, sócio-econômicas. Mantendo assim uma expectativa favorável ao tratamento e possuindo aceitação e entendimento das orientações terapêuticas recebidas. | O indivíduo tem relativa motivação para mudanças, apresenta pouca consciência de sua situação às substâncias psicoativas, perdas relacionais e sócio-econômicas, possui algumas expectativas favoráveis em relação ao tratamento, aceitação e entendimento das orientações terapêuticas recebidas, mas com questionamentos e restrições | O indivíduo tem ausência total de motivação para mudanças, não tem consciência de sua situação às substâncias psicoativas, perdas relacionais e sócio-econômicas. Apresenta ausência total de expectativa em relação ao tratamento, não possui aceitação e nem entendimento das orientações terapêuticas. |
| <b>Manutenção:</b> grau de resistência a continuidade do tratamento.                                                    | O indivíduo apresenta uma boa aprovação ao tratamento, mas que no transcorrer do processo terapêutico apresenta algumas oscilações. Não possui histórico de abandono aos tratamentos anteriores.                                                                                              | Apresenta relativa adesão com ambivalência na manutenção do tratamento, possui oscilação na motivação e alguns históricos de abandonos de tratamentos anteriores. Já no comprometimento grave, possui grandes dificuldades de adesão ao tratamento, muitas tentativas anteriores de tratamento e abandono dos mesmos,                   | Possui grandes dificuldades de adesão ao tratamento, muitas tentativas anteriores de tratamento e abandono dos mesmos, indisposição quanto às formas de tratamento.                                                                                                                                       |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | indisposição quanto às formas de tratamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Comprometimento biológico:</b>                | O indivíduo que se apresenta sem alterações provocadas pelo uso de substâncias psicoativas no exame, porém algumas alterações provocadas pelo uso de SPA, mas com sintomas leves, mantém orientado, lúcido e com coerência de pensamentos e idéias. Não faz o uso abusivo de qualquer tipo de substância psicoativa legal ou ilegal, e também apresenta em sua história patológica relato de doenças anteriores, ou seja, paciente sempre foi saudável. | Indivíduo que se apresenta sem alterações provocadas pelo uso de substâncias psicoativas no exame, porém algumas alterações provocadas pelo uso de SPA, mas com sintomas leves, mantém orientado, lúcido e com coerência de pensamentos e idéias. Não faz o uso abusivo de qualquer tipo de substância psicoativa legal ou ilegal, e também apresenta em sua história patológica relato de doenças anteriores, ou seja, paciente sempre foi saudável. | O indivíduo apresenta alterações provocadas por uso recente de SPA, obtém sintomas de gravidade que geram riscos de vida. Apresenta-se com comprometimento da consciência fora do episódio agudo ou em coma, faz uso de quantidades excessivas de substância química podendo gerar tentativa de autoextermínio. Presença de uma ou mais patologias com sinais de descompensação. |
| <b>Comprometimento psíquico:</b>                 | O indivíduo que tem personalidade sintônica, sem sintomas psiquiátricos definidos, não possui alterações do pensamento, afetivas evidentes. Possui alterações na área de vontade.                                                                                                                                                                                                                                                                       | O indivíduo possui alterações afetivas, comprometimento da vontade e apresenta desorientação e prejuízo na coerência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Apresenta alterações do pensamento e da senso-percepção, alterações afetivas mais graves, alterações do pensamento decorrentes destes quadros. Possui graves alterações do controle da vontade, não só do uso de SPA, mas também de sintomas psiquiátricos.                                                                                                                      |
| <b>Comprometimento social, familiar e legal:</b> | Aquele indivíduo que possui estrutura familiar razoavelmente estabelecida, possui uma estrutura sócio-econômica e atividade de trabalho estável, tem uma boa estrutura de relacionamento                                                                                                                                                                                                                                                                | O indivíduo possui estrutura familiar com relacionamento comprometido em nível social, econômico e emocional, tem uma estrutura sócio-econômica                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | O indivíduo apresenta desestruturação familiar, ausência de estrutura sócio-econômica, não possui atividade de trabalho ou escolar, não tem vínculos de                                                                                                                                                                                                                          |

|  |                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |                                                                    |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|  | social, não tem envolvimento legal, não se envolve com narcotráfico ou dívidas de vulto, não apresenta antecedentes jurídicos. | comprometida, como também atividades de trabalho ou escolar muito comprometida. Possui algum comprometimento jurídico-legal que foi ou poderá ser resolvido. | relacionamento social, e apresenta comprometimento jurídico-legal. |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

**Fonte:** Adaptado da RDC 101 (2001, s.p.).

As principais características do público alvo devem ser: a presença de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, incapacidade de manter-se em abstinência sozinho por um período significativo, dificuldade em manter-se empregado ou na escola, perda de vínculo social e familiar, redução na capacidade de agir de modo responsável em ambientes sociais e interpessoais. É importante ressaltar que o ingresso na residência é voluntário e sua permanência também. Além disso, deve ser criado mecanismo de apoio à desospitalização, tendo em vista que tais indivíduos devem passar por avaliações médicas e psiquiátricas prévias (LOJUDICE, *et al*, 2003, s.p.; MINAS GERAIS, 2014, p. 12).

Minas Gerais (2014, p. 12) completa que são inaptos aqueles que apresentam comprometimento físicos graves, como arritmias cardíacas, crise convulsiva, hemorragia digestiva, dor abdominal, dentre outros. Os sintomas de abstinência podem gerar risco de vida ao paciente e, além disso, é recomendado que as pessoas que tiverem comorbidades psíquicas graves, busquem primeiramente um tratamento no que se refere à saúde mental antes de tentarem ingressar em uma Comunidade Terapêutica. Assim, somente após a estabilização do quadro clínico, a pessoa poderá ser considerada apta a ingressar na instituição.

São Paulo (2011, p. 40) completa que,

A Comunidade Terapêutica é possibilidade de tratamento para dependentes de substância, mas o médico deve sempre avaliar a elegibilidade deste tratamento levando em conta o fato de ser tratamento fora de ambiente hospitalar e sem suporte para dar assistência a casos graves do ponto de vista clínico e psiquiátrico.

Para obter sucesso no tratamento, o dependente de substâncias psicoativas, primeiramente no seu processo de admissão na instituição, deve acreditar que sua

recuperação é possível, e que para isso é preciso contar com a experiência de profissionais que estudam para lidar com essa problemática, recebendo apoio e tratamento adequado, atentando também para o procedimento de reinserção do paciente (SABINO; CAZENAVE, 2005, p. 173).

Segundo Fracasso (2008, p. 16),

A dependência química não pode ser tratada com medicação alternativa para aliviar o sofrimento que a própria doença causa porque este tipo de medicação impede o dependente de entrar em contato consigo mesmo, perpetuando o seu estado de dependência. Nenhum dependente consegue fazer uso de substâncias psicoativas todos os dias na quantidade e qualidade que deseja; algumas vezes não faz uso por diversos dias e não morre por crise de abstinência.

### **3.2 Tratamento dentro da Comunidade Terapêutica**

O tratamento constitui-se em uma série de procedimentos voltados para a recuperação do paciente em um determinado período de tempo (MINAS GERAIS, 2014, p. 4). Tem como objetivo não somente ajudar o dependente a parar de usar drogas, mas também ajudá-lo a desenvolver e manter um estilo de vida sóbria (FRACASSO, 2008, p. 20). Por isso, é importante que os profissionais envolvidos tenham a dimensão do comprometimento bio-psico-social que o dependente químico possui e as formas de lidar com essa questão nos níveis citados.

Tais objetivos de tratamento da Comunidade Terapêutica só podem ser conseguidos através de planejamentos de um programa bastante estruturado, que incluam fases à preparação para reintegração social e o aprendizado de habilidades e estratégias para a prevenção de recaída. É importante ressaltar que o programa de reinserção social e pós-alta é um elemento importante do tratamento, capaz de reduzir assim a reincidência (FRACASSO, 2008, p. 21).

Minas Gerais (2014, p. 5-6) nos diz que o tratamento nessas instituições pode ser dividido em três estágios: Indução, Tratamento Primário e Reinserção. Durante o período de tratamento, são realizadas estratégias pós-alta, que geralmente são alvos somente da reinserção. O estágio I, ou indução, tem por objetivo fazer o indivíduo assimilar o que o tratamento propõe e, de forma simultânea, fazer com que seja compreendido pelos pares na comunidade. Essa fase diz respeito aos primeiros meses do residente na instituição.

Ainda no estágio I, os residentes irão refletir sobre suas metas, quais são os passos necessários para atingi-las, também irão refletir sobre o tempo, aprender a administrar as expectativas e frustrações de seus objetivos. Ao aprender essas e demais atividades e técnicas durante o tratamento, com a ajuda dos membros e técnicos da Comunidade, o indivíduo já estará preparando-se para saber lidar com os objetivos pós-alta (MINAS GERAIS, 2014, p. 7).

De acordo com o mesmo autor (2014, p. 7), o Estágio II ou tratamento primário,

[...] tem como objetivo abordar amplas metas sociais e psicológicas e, para tanto, são utilizados variados recursos terapêuticos e comunitários. Nesta fase os serviços vocacionais e educacionais são integrados à rotina e as intervenções clínicas são focadas nas necessidades específicas apresentadas pelo indivíduo, é comum que questões relacionadas ao grupo familiar e a assuntos externos ganhem força no contexto de tratamento.

O mesmo autor (2014, p. 7) ainda aponta que o indivíduo ganha força no âmbito de tratamento e aos assuntos externos, além de questões relacionadas com o grupo familiar. Essa estratégia é estendida ao pós-alta, pois o aperfeiçoamento na efetividade das respostas diante da desordem nas famílias e tensões do cotidiano, são fatores de proteção da pessoa em recuperação.

Os fatores que contribuem para a dependência e os que propiciam as recaídas são complexos e possuem várias dimensões. Desta forma, quando se reconhece esses fatores, a elaboração de estratégias para prevenir recaídas é facilitada, objetivando um modo de vida saudável (MINAS GERAIS, 2014, p. 8).

O Estágio III ou Reinserção, objetiva que a separação dos indivíduos da comunidade e o fim de sua transição bem realizada para a sociedade seja facilitada. Nesse período, o tratamento espera de forma programada que o indivíduo deixe o ambiente da comunidade. Esta programação tem o objetivo de expor o residente a situações concretas que a vida exige, e o que é esperado é que ele consiga se manter firme diante delas com autonomia. Assim, com as saídas programadas, as demandas e metas traçadas podem ser testadas fora da proteção da comunidade (MINAS GERAIS, 2014, p. 8-9).

O mesmo autor (2014, p. 10) completa que,

Considerando a reinserção social como um processo longo e gradativo, que envolve fatores subjetivos e objetivos de ordens diversas, é necessário um trabalho que vise o acompanhamento do sujeito, buscando contemplar muitos dos diferentes desafios e necessidades presentes neste processo, internos ao tratamento e, sobretudo, desafios pós-alta. Com isso, chegamos a um ponto em que todos os elementos observados e registrados durante o tratamento podem subsidiar um plano pós-alta.

O programa de tratamento envolve algumas categorias de atividades terapêuticas como, formação de comportamento; emocional/psicológica, intelectual/espiritual; vocacional/ habilidades sociais para sobrevivência.

Ressalta-se que essas categorias são de extrema importância para o indivíduo dependente de substâncias psicoativas na superação de seus problemas ou déficits (FRACASSO, 2008, p. 18-19).

### **3.3 O Papel humanizado do enfermeiro na Comunidade Terapêutica**

Ratificando que para o início do processo terapêutico a passagem pela triagem se destaca como uma importante etapa, deve-se pensar, portanto, em uma equipe multidisciplinar na qual o enfermeiro esteja inserido (MINAS GERAIS, 2014, p. 11).

Os profissionais que compõem tal equipe auxiliarão o paciente a desenvolver seu potencial, fomentar o desenvolvimento do trabalho e garantir que ele seja conduzido com qualidade e dentro dos princípios da Comunidade Terapêutica (MINAS GERAIS, 2014, p. 8).

No atendimento inicial, o enfermeiro tem como objetivo identificar os problemas associados ao uso das substâncias, ouvir as queixas do paciente, identificar a quantidade do consumo de substância que era utilizada pelo indivíduo, até chegar à história do paciente, na busca da caracterização do uso nocivo ou dependência (PILLON; LUIS, 2004, p. 680).

Portanto, uma avaliação cuidadosa identificando os fatores relacionados à vulnerabilidade do indivíduo, tais como a disponibilidade das substâncias, as privações econômicas extremas; conflitos familiares graves; comportamento problemático (agressivo, alienado, rebelde), baixo aproveitamento escolar,

alienação, início precoce do uso; susceptibilidade herdada ao uso pode auxiliar o diagnóstico e melhorar o prognóstico (MARQUES; CRUZ, 2000, p. 33).

É importante destacar que o profissional deverá ter o conhecimento sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas e também sobre Comunidade Terapêutica. Além disso, o profissional precisa manter o espírito de equipe, não se envolver com o residente de maneira pessoal, acreditando que o residente é capaz de mudar seu estilo de vida, além de perceber que o dependente químico utiliza a droga como uma resposta à maneira como ele convive com o mundo externo e interno, ou seja, ele não se restringe à droga. É preciso percebê-lo como um indivíduo biopsicossocial (MINAS GERAIS, 2014, p. 9).

O enfermeiro exerce intervenção motivacional com o dependente, para a mudança de seu comportamento, planeja ações para proteger esse indivíduo de situações de risco e o incentiva a fazer planos para o futuro, aconselhando o paciente a reflexões e mudanças de comportamento de maneiras enfáticas, como também desenvolve estratégias no processo de reabilitação do dependente (PILLON; LUIS, 2004, p. 740).

Neste contexto, o profissional de enfermagem que tem como princípio se solidarizar com pessoas é reconhecido como elemento integrante da equipe psiquiátrica sendo respeitado como profissional preocupado com a humanização da assistência ao doente mental (VILLELA; SCATENA, 2004, p. 739).

Ressalta-se que as atividades da enfermagem devem ir além da técnica e da ciência. O enfermeiro deve ser o agente no qual irá trabalhar com o sujeito enfermo, buscando ajudá-lo a encontrar a forma mais adequada para lidar com a sua condição, usando seus conhecimentos e habilidades profissionais (VILLELA; SCATENA, 2004, p. 739).

Os mesmos autores (2004, p. 740) completam que,

Nesses serviços, a Enfermagem, direciona suas atividades de forma diferenciada no tratamento dos doentes mentais, implicando atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, ações voltadas às individualidades do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o auto-cuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários. Para isso, o profissional deve buscar espaços de produção do acolhimento, isto é, espaços que possibilitem a solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, enfim, espaços que promovam a atenção psicossocial e a reabilitação do indivíduo.

O cuidado de enfermagem deve incluir atividades terapêuticas, intervenções objetivas, análise do estado de saúde do paciente, bem como intervenções no período de recaídas (PILLON; LUIS, 2004, p. 677). Além disso, é valiosa a inserção da família neste contexto, o profissional deve envolver os familiares como protagonista do processo, buscando a mudança de paradigmas, tendo em vista que muitos temem tornar pública sua condição e temem que rotulem sua família (ROSA, 2005, p. 208).

### **3.3.1 Redução de danos: o papel da enfermagem**

A redução de danos visa minimizar danos sociais e à saúde do indivíduo dependente de substâncias psicoativas. É caracterizada por intervenções que buscam a socialização de dependentes químicos de maneira crítica, com o objetivo de fazer com que esses indivíduos tornem-se personagens principais na promoção do autocuidado com a saúde e busca por seus direitos (EDELEI, 2014, s.p.).

Os mesmos autores (2014, s.p) apontam que a redução de danos é aplicada a indivíduos dependentes que têm comportamentos de riscos ligados ao uso de substâncias psicoativas, como exemplos podem ser citados o compartilhamento de seringas e agulhas para a utilização de drogas injetáveis, compartilhamento de canudos e cachimbos para o uso de crack, uso de anabolizantes, práticas sexuais inseguras, de risco para DST/AIDS e Hepatites, entre outros (EDELEI, 2014, s.p.).

De acordo com o Site EDELEI (2014, s.p), a redução de danos é baseada em princípios:

- O ato de consumir drogas é reconhecido como um fator que faz parte da complexidade da vida e possui um papel social, não sendo caracterizado como fator desencadeante de problemas.
- Considera que o foco está no indivíduo e não na substância utilizada por ele. O dependente químico participa de forma ativa de seu autocuidado.
- Ética do cuidado: respeitar as diferenças, promover um acolhimento de acordo com as necessidades individuais. Levando em conta o tempo, a história, os desejos e o contexto do indivíduo.
- Estabelecimento de várias metas, não apenas àquelas ligadas ao consumo de substâncias psicoativas e à abstinência.

- Promoção da proximidade do indivíduo com a rede de cuidados, buscando a garantia de acesso aos bens materiais e imateriais resultantes da produção social e cultural.

Diante deste contexto, surge o enfermeiro, como agente importante da equipe multidisciplinar que atende usuários com adicção a drogas, com o papel fundamental de participar ativamente da redução de danos ao utente, promovendo o acolhimento individual e o cuidado holístico, baseado nos princípios da redução de danos (MATA *et al*, 2013, p. 10).

O enfermeiro deve trabalhar na perspectiva ampliada no que diz respeito à valorização da vida e do indivíduo como um ser completo e um cidadão que merece respeito. Para isso, faz-se necessário a junção do fazer e do saber, com o objetivo de proporcionar uma nova visão e novos meios de cuidado para uma atenção integral aos utentes. A assistência deve ser construída a partir de uma relação interpessoal, baseada na comunicação, formação de vínculo e acolhimento eficaz (MATA *et al*, 2013, p. 15).

### **3.3.2 Vulnerabilidade: detectando os fatores geradores do uso de drogas**

Quando o paciente é admitido na comunidade terapêutica, é parte do processo realizar um estudo sobre a vida do mesmo, que envolva processos de anamnese e ainda relatos de experiência por parte do paciente. A participação do enfermeiro para a detecção dos pontos de vulnerabilidade do paciente é fundamental, vez que participando diretamente do tratamento, tal profissional passa a conhecer a história desse indivíduo e poderá intervir de maneira humanizada no fortalecimento bio-psico-social do mesmo (FRACASSO, 2008, p. 20).

Desta forma, é de grande importância que este profissional esteja disponível, engajado e socializado com o tema drogas para que o doente e familiares sejam assistidos e tratados de forma adequada. E mesmo que os princípios básicos para a assistência de enfermagem aos usuários de álcool e outras drogas, não sejam efetivamente diferentes das demais áreas da enfermagem, existe uma real necessidade de se promover uma terapêutica holística (PILLON; LUIS, 2004, p. 680).

É importante ressaltar que mesmo a enfermagem não tendo um processo próprio de trabalho dentro da equipe coletiva o enfermeiro deve instrumentalizar-se

na prática do tratamento do uso de substâncias químicas. Além disso, deve ter responsabilidade de desenvolver sua especificidade nos processos de trabalho e atuar com vistas à melhoria da autoestima e desenvolvimento de estratégias para a manutenção da saúde dos pacientes e sua família que muitas vezes exclui o usuário do meio familiar (CAMPOS; BARROS, 2000, p. 275; LOPES; PESSANHA, 2008, p. 466).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, verificou-se que o aumento do índice de drogadição no Brasil e no mundo vem trazer para o âmbito da saúde pública um grave problema epidêmico gerado pelo aumento crescente dos dependentes químicos. Foi demonstrado também que a expansão recente no Brasil de um novo modelo assistencial extra-hospitalar, a Comunidade Terapêutica, propõe uma nova visão em relação ao cuidado a estes pacientes através da promoção da equidade.

No desenvolvimento deste estudo pode-se destacar que as Comunidades Terapêuticas são instituições que buscam a recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas. Estas comunidades possuem a finalidade de oferecer apoio e tratamento aos utentes, atendendo e adequando a realidade de cada caso.

Ficou claro que para reestabelecer o papel de cidadão de dependentes químicos é necessário o desenvolvimento de um trabalho voltado para a reabilitação psicológica, física e reinserção social. Não esquecendo que o foco principal do tratamento é a convivência entre os residentes.

Além disso, foi percebido que essa assistência dada fora do ambiente hospitalar busca diminuir os estigmas e preconceitos, garantindo o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral aos dependentes por meio de uma equipe multiprofissional.

Nesta equipe, a enfermagem deve estar efetivamente inserida a fim de ampliar conhecimentos para além dos adquiridos na graduação, compartilhando efetivamente práticas e saberes holísticos, reforçando a interação com outros campos disciplinares, valorizando o atendimento direto ao paciente e sua família.

Cabe destacar que o papel do enfermeiro na Comunidade Terapêutica deve ser baseado na valorização da vida e do indivíduo como um cidadão que merece respeito. A assistência deve ser construída partindo de uma relação interpessoal, acolhimento eficaz e formação de vínculo.

Este trabalho não pretende encerrar as discussões sobre o tema. É notório que estudos desta natureza além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar mais informações, especialmente ao corpo de enfermagem, possibilitando o desenvolvimento de novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS

BERNARDO, Maria Heloísa. A equipe interdisciplinar na comunidade terapêutica. *Revista brasileira de neurologia*. Rio de Janeiro, v.34, n. 2, p. 67-71, 1998.

BRASIL. *Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas*. 2ª edição, SENAD, 2002.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução nº. 101, de 30 de Maio de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes*. Série: por dentro do assunto, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 27 de novembro de 2014.

BRITO, Andiará Araújo Cunegundes; SILVA, Danielle Souza; AZEVEDO, Dulcian Medeiros. Formação do acadêmico de enfermagem: vivência na atenção a usuários de drogas psicoativas. *Esc Anna Nery*, s.l., v. 16, n. 2, p. 395-400, abr / jun 2012.

CAMPOS, Célia Maria Sivali; BARROS, Sônia. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. *Rev.Esc.Enf. USP*, v.34, n.3, p. 271-6, set. 2000.

CALATRONE, Camille Altoé. *Drogas na escola: uma iniciativa de conscientização no ensino fundamental*. Monografia (Curso de Especialização em Ensino na Educação Básica) Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

CARDOSO, Carlos Mota. Droga: Um problema de saúde pública. v.3,n 4. s.p, Julho/Agosto 2001.

CARLINI, Elisaldo Araújo. A história da maconha no Brasil. *J Bras Psiquiatr*, s.l., v. 55, n. 4, p. 314 – 317, 2006.

COSTA, Selma. Frossard. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2009.

EDELEI. Centro de Convivência É de Lei. O que é redução de danos? Disponível em: < <http://edelei.org/reducao-de-danos/>>. Acesso em: 26 de Nov. 2014.

FILHO, Antônio Nery; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; RÊGO, Marlize. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas – Centro de estudos e terapia do abuso de drogas - EDUFBA/ CETAD (Coleção drogas: clínica e cultura), p. 07 – 283, Salvador 2009

FRACASSO, Laura. Comunidade Terapêutica: uma abordagem psicossocial. In: Anais do Encontro Interdisciplinar: dependência química, saúde e responsabilidade social, educando e transformando através da educação física; p. 9-22; Campinas, 2008.

GÓIS, Mariana Maiza de Andrade; AMARAL, José Hamilton do. O uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências sociais e econômicas. UNITOLED0, 2009. Artigo disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2253/2208> Acesso em 14 de Nov. 2013.

GOMES, Ronaldo Martins. Comunidade terapêutica e (re)educação. *Segurança Urbana e Juventude*, Araraquara, v. 3, n. 2, 2010.

GRAU, Mônica Aparecida Fernandes; BAGNOLESI, Vera Lúcia. Manual de orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas. Outubro 2010.

LOPES, Gertrudes Teixeira; PESSANHA, Halyne Limeira. Concepções De Professores De Enfermagem Sobre Drogas. Escola Anna Nery. *Rev. de Enfermagem*. v. 12, n.3, p. 465-72, Setembro 2008.

LOJUDICE, Daniela Cristina *et al.* Residências terapêuticas e reabilitação psicossocial: relato de experiência. In: SEMINÁRIO NACIONAL – ESTADOS E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 1, 2003, Cascavel. Anais... Cascavel: Unioeste, 2003. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo2/23nelsisalete.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014.

MACRAE, Edward. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos, p. 1- 4, 2006. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>> Acessado em 12 de novembro de 2013.

MATA, Francisco Carvalho da; LIMA, Patrícia Rosa de; GHAMOUM, Ali Kalil. O papel da enfermagem na redução de danos: a estratégia do consultório de rua no cuidado às pessoas usuárias de álcool e outras drogas. V *Seminário de Pesquisas e TCC da Faculdade União de Goyazes*, p. 4-17, 2013. Disponível em: <http://fug.edu.br/2010/pdf/tcc/O%20PAPEL%20DA%20ENFERMAGEM%20NA%20REDUCAO%20DE%20DANOS%20A%20Estrategia%20do%20Consultorio%20de%20Rua%20no%20Cuidado%20as%20Pessoas%20Usuaris%20de%20Alcool%20e%20Oo~1.pdf>>. Acesso em: 22 de nov. 2014.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, p. 32-36, 2000.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Curso Novas Práticas nas Comunidades Terapêuticas*. Unidade 1: Histórico e Metodologia. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

\_\_\_\_\_. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Curso Novas Práticas nas Comunidades Terapêuticas*. Unidade 2: O Processo de Trabalho. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

\_\_\_\_\_. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Curso Novas Práticas nas Comunidades Terapêuticas*. Unidade 3: Estratégias Pós-Alta. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. Ministério da Justiça do Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php> Acesso em 27 out. 2014.

OLIVEIRA, Luci Alves de; Toxicomania e gozo. *Psic. Rev. São Paulo*, s.l, v. 19, n.2, 239-261, 2010

PILLON, Sandra Cristina; LUIS, Margarita Antonia Villar. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-82, Julho/ Agosto 2004.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, s.l., v.25, n.2, p. 203-211, Abr. / Jun. 2009.

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc\\_n\\_\\_101\\_02\\_ms\\_\\_\\_anvisa.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf)>. Acesso em 27 de novembro de 2014.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicol. rev.*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, dez. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 out. 2014

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 167-174, abr / jul, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria da justiça e da defesa e da cidadania do estado de São Paulo. *Manual de orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no estado de São Paulo*. Impressão Oficial, São Paulo, p. 5- 51, 2011.

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciências e Saúde Coletiva*. São Paulo, p.637–644, v.15, n.3, 2010.

VIEIRA, Carlos. A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Toxicodependências*, s.l., v. 13, n. 3, p. 15-22, 2007.

VILLA, Eliana Aparecida; CADETE, Matilde Meire Miranda; Portas Abertas: Novas Possibilidades No Ensino Da Enfermagem Psiquiátrica. *Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto* - v. 8 - n. 6 - p. 13-19 - dezembro 2000.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *RevBrasEnferm*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, nov / dez, 2004.