

Guia de padrões de boas práticas

Para prestadores de serviços de tratamento do uso de drogas
no modelo de Comunidade Terapêutica



Conteúdo

Acerca deste guia	3
Objetivo do guia.....	4
A quem é dirigido	4
História e origens da comunidade terapêutica como modelo de intervenção	5
A comunidade terapêutica como método.....	12
A integração de enfoques diferenciais na comunidade terapêutica.....	16
Perspectivas críticas	30
A redução de danos desde a perspectiva da comunidade terapêutica	37
Resumo de padrões internacionais no tratamento de transtornos por uso de substâncias	43
Padrões mínimos de boas práticas na comunidade terapêutica.....	61
Referências e fontes consultadas	66



Acerca deste guia

O modelo de comunidades terapêuticas (CTs), com décadas de consolidação, possui um crescente corpo de evidências que tem orientado a definição de padrões específicos de acreditação. Além disso, existem padrões internacionais que foram o produto do consenso de especialistas e as melhores evidências disponíveis no campo do tratamento de transtornos por uso de substâncias psicoativas. É ideal que normas específicas entrem em diálogo com normas mais universais, a fim de garantir os direitos humanos das pessoas que usam drogas e o restabelecimento de sua saúde integral, independentemente do modelo utilizado na recuperação.

O guia oferece um compêndio de padrões de tratamento para transtornos por uso de substâncias psicoativas que favorecem a boa prática, em ambientes baseados no modelo de comunidade terapêutica. Resume o que são consideradas “boas práticas” no cuidado, muitas das quais foram apresentadas e trabalhadas no Seminário de Atualização de Conhecimentos sobre serviços de tratamento para usuários de drogas e seus familiares, baseado em evidências e de acordo com padrões de qualidade, desenvolvidos em 2021 pelo Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas FLACT.

É, ademais, produto de extensa revisão bibliográfica e de literatura científica que inclui artigos de periódicos indexados, resultados de estudos avaliativos publicados e documentos escritos por autores com trajetórias reconhecidas no estudo, análise e contribuições ao modelo. Da mesma forma, documentos analíticos, teses acadêmicas e outros documentos complementares e pertinentes.

O guia é introdutório, não pretende substituir ou duplicar os inúmeros guias, diretrizes, protocolos, manuais ou revisões que já existem para orientar as aplicações do modelo comunitário terapêutico.

Embora não haja uma visão monolítica ou suficientemente abrangente de todos os aspectos que existem e existiram, o guia concentra-se naqueles aspectos mínimos, contra os quais há amplo consenso e que contribuem para melhorar a qualidade dos serviços de atendimento e tratamento para pessoas com drogas, transtornos de uso, bem como o reconhecimento de seu valor e relevância como modelo de tratamento.

Embora o presente guia não constitua um catálogo ou “inventário” de boas práticas e, por isso, não corresponda a um exercício de “seleção” e inclusão de experiências ou intervenções enquanto tal, estes critérios serviram para orientar a definição do que se considera “boas práticas” no modelo de cuidado comunitário terapêutico, considerando-as relevantes, adequadamente fundamentadas em evidências, condizentes com padrões de qualidade definidos por consenso e garantidoras do respeito aos princípios éticos, bioéticos e equidade.

Vale ressaltar que grande parte da literatura disponível sobre o modelo de comunidade terapêutica está em inglês, o que é uma limitação importante para o público de língua espanhola, mas também uma oportunidade e um convite para ampliar a disponibilidade de evidências e literatura relevante no idioma espanhol.

O guia apresenta o panorama histórico do modelo de comunidade terapêutica desde as suas origens até à atualidade, a fundamentação teórica, fenomenológica e epistemológica do modelo, a integração de abordagens diferenciais para responder às necessidades específicas de grupos populacionais, as perspectivas críticas que conduziram ao implementação dos padrões de boas práticas, princípios e valores que devem orientar o seu funcionamento, reflexão sobre a integração de abordagens aparentemente diferentes do ponto de vista paradigmático, e um resumo dos padrões de boas práticas para programas residenciais de longa duração que complementam o padrões de funcionamento das comunidades terapêuticas.

Objetivo do guia

Este guia oferece um compêndio mínimo de padrões de boas práticas, baseado em evidências e consistente com os padrões universais de tratamento e direitos humanos, com a finalidade de ajudar a orientar o trabalho das equipes assistenciais de comunidades terapêuticas na América Latina, a avaliação de serviços e intervenções, melhoria e obtenção de melhores resultados em saúde.

A quem é dirigido

O guia é dirigido aos responsáveis pelo bom funcionamento das comunidades terapêuticas e suas equipes assistenciais.



História e origens da comunidade terapêutica como modelo de intervenção

De acordo com Veale et. Al (2014) e Haigh (2015), O conceito de comunidade terapêutica (CT) enquanto entidade concreta e definida é relativamente recente, mas as suas origens são remotas e remontam a meados do século XIII, quando surgiram as primeiras modalidades de cuidados a pessoas com sofrimento mental em unidades residenciais ou moradias nas que o cuidado era *comunal*.

No século XVIII o surgimento do "tratamento moral" é documentado a partir das ideias de William Tuke, que considerava que as pessoas com transtornos mentais deveriam ser tratadas da mesma forma que as pessoas "normais", com base em orações e recompensas e não mais em punições, a fim de restaurar o autocontrole; e Pinel, que, no início do século XIX, introduziu o tratamento pelas emoções e o cuidado humanizado em asilos na França, ideias que mais tarde foram transferidas para os Estados Unidos em hospícios ou asilos em Pensilvânia.

Outra tradição se desenvolveu independentemente com comunidades educacionais residenciais nas quais a psicoterapia foi combinada com a democracia participativa. Seus desenvolvimentos datam do início do século 20 em Chicago para cuidar de bebês em ambientes urbanos marginais. Esta ideia foi transferida para Inglaterra onde foi aplicada a jovens com problemas de comportamento, integrando a educação progressiva e implementando depois a ideia de campos, escolas modelo e albergues transitórios para pessoas em liberdade condicional.

Além das modalidades no campo educacional para bebês e jovens com problemas comportamentais, foram desenvolvidas comunidades para pessoas com deficiência ou problemas de aprendizagem. Muitos desses desenvolvimentos e seus fundamentos teóricos também se cruzam com as comunidades de tipo religioso e com o modelo pedagógico *Montessori* (Haigh, 2015).

Porém, as primeiras comunidades terapêuticas (CTs) são estabelecidas em hospitais psiquiátricos e as conhecidas sob o conceito de comunidades terapêuticas democráticas datam da Segunda Guerra Mundial com três experimentos específicos, dois em hospitais militares de Birmingham e outro em Londres. A partir dessas experiências, consolidam-se a psicoterapia residencial intensiva e a *psicoterapia de grupo analítica*.

Em 1941 o doutor Maxwell Jones, preocupado com os soldados que sofriam da então chamada "síndrome do esforço", observou com interesse como eles tinham melhores resultados ajudando uns aos outros, do que através da mesma equipe de atendimento, em particular, compartilhando em discussões de grupo a carga emocional do que eles haviam experimentado. Segundo Stocco (2017), Jones entendeu a importância da interação e organização da vida comunitária em um clima participativo e de responsabilidade compartilhada. A importância deste

legado, de acordo com Veale et al. (2014), reside no foco original nas emoções dominantes de raiva e medo em soldados traumatizados e no esforço de reconstituir seu senso de responsabilidade e fortalecer sua capacidade de lidar com sentimentos de agressividade diante de outros.

Jones, posteriormente incorporou esta modalidade para trabalhar com os sem-teto, criando a unidade de reabilitação social e posteriormente o Henderson Hospital, cujo modelo ficou conhecido como o "modelo britânico" de uma comunidade terapêutica democrática, funcionando desde a década de 1950 até seu fechamento em 2008 (Haigh, 2015).

Nos anos 50, o modelo de Jones foi rapidamente expandido e popularizado através da psiquiatria social, marcada pela humanização do tratamento psiquiátrico e pelo respeito à individualidade do paciente. Nas duas décadas seguintes, os principais manicômios da Inglaterra possuíam enfermarias que funcionavam sob o conceito de comunidade terapêutica. Nesses ambientes hospitalares, os pacientes eram envolvidos no processo terapêutico, permitindo-lhes participar livre e ativamente da vivência grupal e da vida comunitária. Por sua vez, houve integração entre pacientes e profissionais/operadores que assumiram papéis terapêuticos conjuntos e coordenados. (Haigh, 2015; Stocco, 2017).

Iniciativas A transferência de comunidades terapêuticas para ambientes comunitários marcou o surgimento de centros, unidades ou hospitais-dia, bem como o início de unidades residenciais não hospitalares, na forma de albergues. Em 1962, foi criada uma comunidade terapêutica como unidade de saúde mental em ambiente prisional e o mesmo ocorreu paralelamente na Califórnia, ambas baseadas no modelo de Henderson. (Haigh, 2015).

Isto marcou o início da segunda geração de CTs, caracterizada segundo Rapoport (citado por Veale et al., 2014) pela "permissividade" para expressar abertamente emoções como a raiva, baseada na catarse, a definição de uma vida estruturada em comunidade baseada sobre limites e regras, um ambiente diário partilhado, apoio mútuo entre os membros e reuniões de grupo frequentes. A base foi a vivência-aprendizagem por meio do confronto entre os membros das consequências imediatas de seu comportamento, convivência comunitária, autoconhecimento, democracia e desinstitucionalização. A CT baseava-se na equidade, na não hierarquização e na participação ativa de todos os membros na tomada de decisões para cuidar de si e do outro, no que hoje se conhece como cultura do empoderamento que busca a autoeficácia-valor e sentido de responsabilidade.

Em 1958, as primeiras comunidades terapêuticas surgiram formalmente nos Estados Unidos, inspiradas nos desenvolvimentos europeus e como tratamento alternativo para pessoas com transtornos por uso de drogas. Synanon marcou o início de tratamentos cuja intervenção baseada na abstinência, considerada qualquer uso de drogas, contraria a recuperação (Haigh, 2015).

Porém, Analistas como Stocco acreditam que a verdadeira origem dessas comunidades terapêuticas remonta à década de 1930, com o surgimento dos primeiros aparelhos para pessoas com transtornos de dependência nos Estados Unidos, baseados na autoajuda e não na reabilitação terapêutica, profissional ou pessoal, dando origem ao modelo de 12 passos. Esse modelo marcou a carreira de Dederich, que após ser membro do AA, passou por diferentes dinâmicas

Grupais e logo Ele decide ir morar com outras pessoas que compartilhavam problemas de dependência com ele, dando origem a Synanon, o primeiro CT de autoajuda.

O mesmo De León reconhece que não está claro como as primeiras manifestações do modelo na década de 1940 influenciaram o desenvolvimento das CTs voltadas para o tratamento dos transtornos por uso de substâncias psicoativas (TUS) originadas nos Estados Unidos e cujo tratamento se caracterizava pela renúncia aos antigos estilos de vida, concentração no momento presente, trabalho comunitário e valores de honestidade e sinceridade (De León e Unterrainer, 2020).

As primeiras versões foram conhecidas como comunidades terapêuticas baseadas em conceitos ou altamente hierárquicas, como o próprio Maxwell Jones questionaria mais tarde por se afastar dos preceitos iniciais de uma comunidade aberta. Acredito que progressivamente se isolaram e se fecharam, resistiram às críticas, cobrando um acompanhamento um tanto "devocional" de suas lideranças de forma que se tornaram espaços dogmáticos com estilos de liderança autoritários, altamente hierarquizados, distantes da concepção inicial de base democrática (Briggs, 2002). No entanto, Stocco lembra que estes serviram de inspiração para programas que se tornaram referências mundiais para o modelo TC, como o Daytop Village e ainda nos anos 70, com o surgimento de outros conhecidos como Phoenix House e Odyssey House.

De fato, Stocco, em concordância com Jones, definiu esses dispositivos como comportamentais e hierárquicos, diferenciados de outros mais orientados pelas teorias da aprendizagem social, psicologia e teoria educacional. Dentro desta última linha, os projetos se localizaram na Europa e principalmente na Itália, com o surgimento do Progetto Uomo, fundado por Mario Picchi, patrocinador do "**Proyecto Hombre**" na Espanha e idealizador da Escola Internacional de Roma.

Esta iniciativa, Segundo Garbi (2020), retomou aspectos do trabalho grupal de Daytop, o modelo terapêutico-educativo integral, o isolamento social para abstinência e o regime de recompensas e punições, acrescentou ferramentas terapêuticas que entendiam o tratamento como um "processo terapêutico" em fases: a primeira em que funciona a motivação e relação da pessoa com as substâncias (admissão); a segunda em que ocorre a adaptação à estrutura e às atividades (entrada na CT) e a terceira de transição progressiva para o meio social (reintegração). Além disso, o trabalho com as famílias foi integrado por meio de reuniões periódicas para conseguir um espaço de apoio para a alta do CT. Outras inovações foram a definição de objetivos terapêuticos individualizados e a configuração de equipes mistas com profissionais, voluntários e ex-consumidores.

No curso dos anos 70 e 80, Segundo Stocco, apesar da complexidade do perfil dos usuários atendidos na Europa, principalmente dependentes de heroína, marginalizados, altamente expostos a contextos de violência e criminalidade, não havia diagnósticos psicopatológicos ou perfis psicológicos e prevalecia um enfoque ideologizado, em que, por exemplo, a recaída era considerada "traição". Na década de 1990, o perfil epidemiológico mudou, levando muitas CTs a evoluir para não desaparecer e manter sua relevância no âmbito assistencial.

A Comunidade Terapêutica Modificada foi baseada na noção de que a recuperação começa com o reconhecimento das circunstâncias únicas dos indivíduos, objetivos e necessidades percebidos e como eles vivem sua jornada pessoal. Assim, o tratamento deve ser adaptado às necessidades únicas com as quais cada indivíduo entra no processo. (Haigh, 2015).

Como De León o expressa em seu renomado livro "Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método", os protótipos e experimentos dos quais descende a comunidade terapêutica para tratar o consumo de substâncias psicoativas, encontram-se na multiplicidade de formas de cuidado e cura comunitária. Muitas delas surgiram como comunidades espirituais, outras como comunidades de apoio e proteção social, e outras ainda como comunidades de saúde mental, que ao longo do tempo se transformaram. Segundo Kennard (2004), CT é uma planta resistente que pode ser plantada em uma diversidade de terrenos.

Entre os anos 60 e 80 No século passado, as equipes terapêuticas eram constituídas sobretudo por ex-consumidores que passavam por uma CT e depois integravam a equipa, o que conduziu, em muitos casos, ao desenvolvimento de uma atitude anti-intelectual e antiprofissional por parte dos dirigentes da comunidade inicial. TCs, cobrando assim um alto custo pelo modelo em diferentes países (Perfas, 2019).

Isso explicaria porque só na década de 80, após quatro décadas de aplicação, surgiram os primeiros escritos e estudos sobre o modelo e sua eficácia. De fato, não foi até o ano 2000 que George De León publicou a primeira diretriz que descreveu com precisão a teoria e a prática por trás dessa modalidade de tratamento no campo dos transtornos por uso de substâncias psicoativas.

Como Garbi (2020) aponta, a escassa produção teórica daqueles que foram "pioneiros" das CTs tradicionais respondeu ao distanciamento do mundo acadêmico, privilegiando o mundo da práxis e a transmissão oral de um método experimental que se enriquecia por tentativa e erro, mas limitava sua alcançar por um longo tempo (ver também: Boyling, 2009).

A fins dos anos 80 No início da década de 1990, a crescente ênfase na profissionalização da força de trabalho de tratamento de transtornos viciantes, bem como nos padrões de credenciamento, transformou as equipes e as formas de operação de muitas CTs nos Estados Unidos e na Europa. Aspectos como a formação, a investigação, a troca de boas práticas, o networking, conduziram a um "salto de qualidade" (Haigh, 2015; Stocco, 2017).

A isso se somam as crescentes evidências que mostram forte associação entre trauma e transtornos por uso de substâncias, bem como comorbidade em saúde mental, criando novas demandas pela qualidade e integralidade do cuidado, situação que encontrou baixa capacidade de resposta nas CTs que o fizeram. não dispõem de meios para oferecer cuidados psiquiátricos, farmacoterapia e acompanhamento adequados. Ao mesmo tempo, muitas CTs tradicionais tiveram que enfrentar cortes orçamentários que impossibilitaram o financiamento de longas estadias residenciais, o que levou ao declínio e desaparecimento de muitas delas. (Perfas, 2019).

Algo semelhante aconteceu na Europa onde Stocco também destaca a capacidade de invenção e inovação, flexibilidade organizacional em resposta às mudanças sociais, tipos de usuários e metodologias de intervenção. Com poucas exceções, entendeu-se que não era viável

comunidade livre de drogas e que as portas sejam abertas a pessoas em esquemas de substituição e manutenção, bem como tratamentos com drogas psicoativas, que hoje fazem parte de muitos programas em *comunidade*.

Deixando de lado a ideia de “salvar e resgatar”, a concepção atual persegue o acompanhamento de projetos individuais educativos, psicoterapêuticos e de inclusão social que exijam maior articulação e cooperação com os serviços socio sanitários, com as redes familiares e com os centros de acolhimento.

O ambiente TC oferece hoje tratamentos diferenciados, de duração variável, para todos os tipos de perfis de usuários, usuários, transtornos, problemas, comorbidades, circunstâncias de vida, penas alternativas, entre outros. Esta polivalência na prestação de serviços tem permitido a plena integração nos sistemas sociais e de saúde, permitindo que a experiência residencial se insira num projeto individual mais amplo que prevê, como diz Stocco, “um antes” e “um depois”, em colaboração com outros serviços do território. A ideia de uma comunidade aberta foi retomada, com fronteiras permeáveis ao exterior, tal como Jones afirmava desde o começo.

A gestão de casos ou case management permite a personalização do tratamento com objetivos diferenciados, com forte ênfase na inclusão social, com formação, ligação a agências de emprego e apoio à recuperação da vida autônoma e acompanhamento pós-alta da comunidade. O paradigma da intervenção em grupo mantém-se centrado já não na coletivização das experiências, mas na personalização da intervenção e no programa de tratamento individualizado (Stocco, 2017).

Em suma, a evolução descrita por Stocco mostra uma CT que transcendeu e deixou de ser um modelo fundado em ideias rígidas de organização, de intervenções indiferenciadas e válidas para todas as pessoas, centradas no ambiente fechado e protegido, no carisma do líder, na reabilitação esquematizada e nas regras indiferenciadas que obrigavam as pessoas a se adaptarem ou a serem excluídas da comunidade e, portanto, de qualquer possibilidade de se recuperar.

De acordo com Veale et al. (2014), a prática das CTs de segunda geração é pautada pela integração de padrões, pelo credenciamento de membros e pela consolidação de ambientes *seguros*.

Para Comas (2010), resgatar a “velha” noção de CT como metodologia de trabalho nos permitirá superar a forte carga simbólica e o estigma que persiste em torno dessa modalidade de tratamento em muitos países, fruto de más práticas e inconsistências em sua aplicação.

Para Perfas (2019), o modelo tem-se revelado resiliente e altamente relevante nos dias de hoje, mantendo como eixos fundamentais os princípios da “aprendizagem social”, da “cultura da indagação” e da “comunidade de aprendizagem”. É uma modalidade de tratamento que facilita a mudança baseada na autoajuda e na ajuda mútua, e que permite a recriação das condições e circunstâncias de vida, num ambiente regulado, organizado, estruturado, pró-social e comunitário. (Kennard, 2004; Perfas, 2019).

Hoje seu valor e eficácia são amplamente reconhecidos, e há um corpo crescente de evidências e padrões que permitiram ao modelo deixar para trás seu caráter experimental, alternativo e controverso, caminhando para uma modalidade de tratamento com uma trajetória de análise crítica, racionalidade e fundamentação.

No entanto, como apontam Vanderplasschen et al (2013), apesar da extensa trajetória de pesquisa, as evidências de efetividade baseadas na hierarquia Cochrane ainda são limitadas. As revisões sistemáticas disponíveis apresentam vieses de seleção para certos tipos de TCs, vieses de design ou uma predominância de foco na abstinência.

Por outro lado, estudos randomizados têm limitações de desenho com altas taxas de desistência em grupos de controle ou critérios de seleção desejáveis, como alta motivação ou auto seleção. Outras revisões deixaram para trás as CTs em ambientes prisionais, sendo estas as mais estudadas e outras, poderiam ser consideradas desatualizadas. Esses autores concluem que existem poucos estudos experimentais com desenhos randomizados e de controle, cuja metodologia é a mais robusta para a obtenção de evidências de qualidade, e que não apenas enfocam a abstinência, mas também medem diferentes indicadores de recuperação em longo prazo, incluindo a influência de cuidados contínuos e acompanhamento pós-alta (ver também: Fiestas e Ponce, 2012; De León e Untarrainer, 2020).

Segundo esses autores, os resultados da análise mostram resultados variáveis e comprovam certa eficácia em diferentes indicadores de recuperação, entre eles: uso de drogas, criminalidade, empregabilidade, bem-estar psicológico e relações sociais. A dificuldade em determinar resultados conclusivos reside justamente na diversidade de populações estudadas em diversos ambientes e na dificuldade de replicar condições comparáveis em estudos. (Vanderplasschen et al., 2013; Vanderplasschen et al., 2014).

Isso os levou a concluir que, em vez de determinar qual tipo de CT ou intervenção é melhor do que outro, a questão que deveria orientar a busca por evidências é: que tipo de pessoa se beneficia mais de qual tipo de CT e em que ponto do processo de recuperação. Assim, por exemplo, alguns estudos não randomizados têm mostrado resultados semelhantes em programas residenciais de diferentes ordens e quando comparados com programas ambulatoriais de manutenção com metadona, mostram resultados semelhantes, demonstrando que numa perspectiva longitudinal nenhuma intervenção é superior a outra. Não é, então, segundo eles, demonstrar a efetividade diferencial entre as CTs, mas sim os bens pessoais, as necessidades e objetivos individuais, bem como os recursos comunitários disponíveis, que determinam se o tratamento em uma CT é o que é indicado ou não em um processo de recuperação (Vanderplasschen et al., 2013).

Da mesma forma, concluem que a ênfase primária da medição de conquistas em aspectos desejáveis, como emprego, consumo de álcool ou outras drogas ou reincidência, tende a subestimar indicadores de resultados mais subjetivos, como: bem-estar emocional, qualidade de vida ou satisfação com o trabalho, aspectos que, em sua opinião, deveriam ser incluídos na avaliação e estudo das CTs, pois permitiriam uma determinação mais precisa do crescimento e bem-estar pessoal, após o tratamento. (Vanderplasschen et al., 2013).

A esse respeito, Broekaert e outros (2010) sinalizam que desde o ponto de vista fenomenológico, que determina o modelo de CT, se planteia uma crítica ao paradigma de base empírico-analítico que promove a prática baseada na evidência, em tanto que desestima, restringe e simplifica aspectos complexos do tratamento e os trata de reduzir a elementos que possam ser medidos e controlados. Isso desconhece a essência do tratamento e sua natureza fenomenológica, que pode ser estudada de maneira mais adequada mediante métodos qualitativos. Em tal sentido, se tem argumentado que nenhum processo terapêutico per sé poderia ser baseado na evidência, somente as intervenções que o compõem, porém estas não são suficientes para determinar a complexidade do tratamento do qual fazem parte.

Com essas limitações em mente, as evidências concordam que existem dois fatores críticos na obtenção de melhores resultados: tempo de permanência no CT e suporte contínuo após a alta da CT. (John Volken Academy, 2020).

Permanências de pelo menos seis meses a dois anos apresentam melhores resultados porque permitem melhor integração de novos padrões de enfrentamento, aquisição ou reaquisição de habilidades para a vida, tomada de decisão, resolução de conflitos e regulação emocional. Longas estadias em uma comunidade permitem um aprendizado social contínuo em condições altamente estruturadas e regulamentadas que facilitam a plena integração e consolidação de novas habilidades, até que se tornem normas para a pessoa.

No entanto, as evidências também mostraram que a longa permanência é um fator que contribui para o abandono precoce dos tratamentos, indicando que os programas de maior duração apresentam maiores taxas de abandono, principalmente nas fases iniciais do processo, e menores taxas. Paradoxalmente, não há diferenças significativas entre os grupos ao comparar os programas padrão de 12 meses com os programas abreviados de 3 ou 6 meses (Vanderplassen et al., 2014).

O apoio e o acompanhamento contínuo após a saída da CT são essenciais para que a pessoa não se sinta isolada após a separação, enquanto a comunidade lembra que ela não está sozinha, que tem um plano de retorno, que possui redes de apoio consolidadas e que o grupo continua a ser uma base sólida à qual regressar periodicamente (John Volken Academy, 2020).

Esses fatores levam a melhores resultados em diferentes áreas, como emprego, quando o processo de CT reforçou suficientemente a educação profissional, a educação para o trabalho e as redes de orientação e apoio para encontrar emprego. Também foram encontradas reduções no comportamento criminoso, no consumo de substâncias psicoativas e nos comportamentos negativos ou antissociais. (John Volken Academy, 2020).

Melhorias nas relações familiares e sociais têm sido identificadas em diferentes estudos, associadas ao trabalho contínuo com as redes familiares para criar as melhores condições de apoio e contenção no retorno. Bem como quando habilidades sociais, gerenciamento de estresse e tomada de decisão foram reforçadas (John Volken Academy, 2020).

A comunidade terapêutica como método

A comunidade terapêutica moderna é um modelo eclético ou trans teórico que combina múltiplas teorias das tradições psicanalítica, comportamental, cognitivo-comportamental, humanística, existencial e de aprendizagem social.

Como expressa Perfas (2019), trata-se de um modelo de tratamento focado na prática, e não no desenvolvimento de teorias que expliquem sua eficácia, por isso não é possível identificar uma determinada escola de pensamento ou orientação teórica que o caracterize. No entanto, tamanha complexidade e ecletismo não significam a ausência de um fundamento filosófico ou de uma abordagem de tratamento concreta e diferenciada, pois isso reduziria a prática da CT a uma série de rituais grupais vazios.

Esse fundamento foi resumido por De León como comunidade como método ou comunidade como método, definida como a intenção com a qual os indivíduos são ensinados a fazer uso da comunidade para se transformar. Para tal, o processo deve ser conduzido por pares, enquadrados numa estrutura que potencialize e possibilite o amadurecimento emocional num ambiente controlado que replica a sociedade e as suas dinâmicas. A equipe, como parte integrante da comunidade, apoia por trás e intervém apenas quando necessário (De León y Unterrainer, 2020).

A comunidade fornece o contexto e atua como um mediador para a mudança individual e o aprendizado social. A referida mediação determina o que se espera de cada membro da comunidade e, ajustando-se a essas expectativas, implica revisões permanentes de comportamentos, atitudes e gestão emocional dos indivíduos. Para isso, as pessoas devem praticar o autoexame, reforçar sua motivação e renovar seu compromisso com a mudança, para que possam responder ao que a comunidade espera e em congruência com os objetivos individuais, crescimento pessoal e socialização adequada. leva a mudança (De León e Unterrainer, 2020).

Portanto, o modelo é principalmente um modelo de autoajuda e ajuda mútua que ocorre em uma comunidade que promove saúde, bem-estar e crescimento individual, ou como Comas (2008 in Garbi, 2020) expressa, um processo de ajuda. "construir racionalmente um projeto de vida alternativo", mudar padrões de comportamento, pensamento e emoção que predispõem, entre outras coisas, ao uso de drogas (Gowing *et al.*, 2002; Perfas, 2019; De León e Unterrainer, 2020).

É um sistema social e um modelo de tratamento ao mesmo tempo. A primeira cria as condições e o contexto para que ocorra o processo terapêutico e a segunda combina estratégias e abordagens psicológicas, cognitivas, comportamentais, morais e sociais, destinadas a produzir mudanças positivas de comportamento e resolução de conflitos. Estas duas vertentes cruzam-se num sistema dependente e integral que assegura o bom funcionamento das ferramentas e intervenções

na comunidade terapêutica e proveem o contexto necessário para que a mudança individual aconteça (Perfas, 2019).

Para De León y Unterrainer (2020) o conceito de comunidade como método molda o modelo do programa e sua abordagem única. Um paradigma que compreende visões ou perspectivas interconectadas que definem o que é o distúrbio, quem é a pessoa com ele, qual é o processo de recuperação e o que conta como uma vida positiva e saudável.

Do ponto de vista do transtorno, o uso problemático é considerado um transtorno abrangente que afeta a pessoa como um todo e afeta o funcionamento de muitas, senão todas as áreas de sua vida. Cognição, comportamento e afeto são alterados. Padrões de pensamento e valores próprios tornam-se interrompidos e desorganizados. Conflitos psicológicos, espirituais, existenciais e morais são vivenciados.

Ou seja, a pessoa é afetada como um todo, então o problema não é a droga em si, mas a complexidade do que está por trás do consumo. Segundo De León, "o vício é um sintoma" e não a essência do transtorno. Precisamente essa perspectiva diferencia o modelo de CT dos tratamentos psiquiátricos residenciais e tradicionais, cujo objetivo principal é o gerenciamento de sintomas orientado para o diagnóstico.

Molina (2014) reforça essa aproximação ao lembrar que o transtorno é complexo, de natureza biopsicossocial, de etiologia não linear, multifatorial e sistêmica, o que impede visões ou aproximações lineares ou simplistas e demanda abordagens multidisciplinares e dinâmicas. Apesar das evidências, persistem abordagens reducionistas e estáticas que se perpetuaram, apesar de apresentarem poucos resultados.

Na perspectiva da abordagem terapêutica baseada no apego, a TC visa quebrar o vínculo com a substância e substituí-lo por um vínculo com a comunidade, que oferece um ambiente seguro para entrar e pertencer, bem como uma base sólida a partir da qual começar. que você pode começar uma nova vida.

Esta perspectiva justifica o prolongamento da permanência nas CTs que, enquadradas na comunidade como método, permitem intervir em profundidade na multidimensionalidade da pessoa como ser integral, quando há tempo suficiente para isso. E também explica a importância do indicador de retenção que consistentemente apresenta melhores resultados quando é maior e menor quando é menor.

A perspectiva de vida positiva e saudável adere a preceitos e valores considerados essenciais no processo de autoajuda, aprendizado social, crescimento pessoal e vida saudável. A ênfase no aqui e agora e não em um passado que é apenas revisitado para ilustrar padrões de comportamento atuais que são considerados atitudes disfuncionais e negativas. A responsabilidade pessoal para com a realidade presente e para com o futuro é encorajada.

A vida positiva refere-se a valores explícitos que orientam o relacionamento consigo mesmo, com os pares, com os outros significativos e com a sociedade, incluindo veracidade e honestidade, trabalho ético, aprendizagem, confiabilidade pessoal, autossuficiência financeira, preocupação genuína com os outros, envolvimento com a comunidade e boa cidadania.

Estas visões ideológicas e psicológicas integram-se nos ensinamentos e métodos que procuram atingir determinados objetivos sociais e psicológicos, procurando contrariar comportamentos e atitudes característicos do consumo ativo. A sobriedade, segundo De León, é um pré-requisito para aprender a viver de forma positiva e saudável, mas essa forma de viver, por sua vez, é considerada necessária para manter a sobriedade. (De León, s.f.).

A visão de *recuperação* suscita, em primeiro lugar, a mudança de padrões de comportamento, pensamento e afeto considerados negativos e que, segundo De León, predispõem ao uso de substâncias. O objetivo é alcançar um estilo de vida "livre de drogas e responsável". A estabilidade na recuperação depende da realização e integração dos objetivos psicológicos e sociais descritos acima. A mudança ocorre por meio do insight e o insight, por sua vez, por meio da experiência. Desta forma, a manutenção da mudança de estilos de vida e de uma identidade pessoal-social positiva requer a integração de comportamentos, emoções, competências, atitudes e valores. (De León, s.f.).

A recuperação engloba: 1) o processo de desenvolvimento e aprendizagem incremental, por fases que se aproximam dos objetivos sociais e psicológicos perseguidos; 2) motivação continuada para a mudança e detecção oportuna de sinais que indicassem abandono precoce do processo, entendendo que a mudança não ocorre no vácuo, mas na interação da pessoa com o ambiente terapêutico; 3) A autoajuda e a ajuda mútua não definem um tratamento que é fornecido, mas um tratamento que é organizado para a pessoa no ambiente da CT por meio da equipe, dos colegas e do regime diário de atividades em grupo, reuniões, seminários e recreação, a eficácia dos quais depende inteiramente do indivíduo e seu envolvimento neles. Por seu lado, a ajuda mútua responde ao contributo que cada pessoa dá para a mudança nos outros, como modelos, apoio aos outros nas interações quotidianas, no confronto e nos grupos de encontro e troca e, 4) parte da aprendizagem social. Ao compreender que as atitudes negativas e comportamentos são criados e alterados na interação social, a comunidade então cumpre o papel de curador e professor. Os diferentes papéis e responsabilidades que se adquirem na vida comunitária sustentam o processo de aprendizagem, bem como a dinâmica relacional, sem a qual ocorrem o isolamento e a recaída. É através de outros que a recuperação se estabiliza (De León, s.f.).

Para Boyling (2009), a noção subjacente ao ambiente social psicodinâmico e altamente planejado da CT é a que explica o desconforto psicológico e/ou o comportamento destrutivo e auto lesivo como consequência da rede social em que se cresceu ou viveu, para que estes possam ser tratados em uma rede social mais saudável e construtiva.

A perspectiva centrada na *recuperação* também apresenta diferenças em relação a outros modelos de apoio e tratamento, uma vez que persegue não só a abstinência ou o controlo dos sintomas, mas também a mudança de estilos de vida e identidades, com base na modificação de comportamentos desviantes ou não normativos e no desenvolvimento de comportamentos positivos e valores pró-sociais.

O conceito de comunidade abrange o ambiente social constituído por pares, operadores, profissionais, gestores e outros membros, com cujos modelos de mudança ou modelos de vida,

orientam a recuperação. Desta forma, cada membro da comunidade desempenha um papel fundamental como mediador de mudanças terapêuticas e pedagógicas (Goti, 2003 in Garbi, 2020). A influência dos outros e entre os membros da comunidade deve fluir de forma a permitir a aprendizagem, a assimilação das normas sociais e o desenvolvimento de habilidades sociais efetivas.

Voltando ao aspecto da antipsiquiatria e do caráter democrático que antecedeu a origem da CT desde Maxwell Jones, fica claro que o cuidado comunitário era contrário ao modelo impositivo e dominante do médico-paciente como sujeito passivo e virtualmente nulo. Em vez disso, estabeleceu-se a comunicação aberta, o fluxo contínuo de informações, a tomada de decisões e a solução de problemas da comunidade.

A concepção do "paciente" passivo foi deixada de lado, possibilitando sua participação como membro ativo de uma comunidade e como sujeito que agencia e se envolve em seus próprios processos de tratamento e transformação. Uma mudança que, segundo Carrizo (2010 in Garbi, 2020), incorpora a ideia de democracia como espaço de encontro entre profissionais e usuários, para a desconstrução das hierarquias hegemônicas, resolvendo assim as assimetrias, sem negar as diferenças, e definindo explicitamente e complementarmente os papéis que cada um cumpre dentro da comunidade (Garbi, 2020).

Além das nuances, a concepção atual de TC (John Volken Academy, 2020), pode ser resumida da seguinte forma:

- 1) A responsabilidade que se adquire para consigo e para com os outros, reservando tempo para reforçar habilidades e rotinas de vida, aprendendo padrões positivos de comportamento individual e social, tornando-se um modelo positivo para os novos membros da CT, adquirindo responsabilidades e oportunidades crescentes para exercer uma liderança positiva.
- 2) Aprender a assumir as próprias decisões e comportamentos, desenvolvendo uma atitude madura e responsável face aos desafios e dificuldades que se colocam no dia-a-dia, com menor dependência dos outros, maior consciência e cuidado consigo e com os outros .
- 3) A estrutura oferecida pela comunidade contrasta com o caos do estilo de vida característico do consumo problemático, e oferece esquemas de rotina e expectativas explícitas, ensinando a trabalhar com os outros, com vista ao reforço de competências que serão necessárias numa posterior reintegração.
- 4) A participação, que é fundamental na vida comunitária, porque facilita ver o outro como modelo e aprender com os próprios erros, a partir do envolvimento ativo em diferentes ambientes de interação, discussão e trabalho em grupo.
- 5) Um ambiente seguro que o isola de influências e julgamentos externos, permitindo que você se concentre totalmente no tratamento e no processo de recuperação.
- 6) Educação vocacional e educação para o trabalho que são essenciais para facilitar a reinserção adequada após o processo no TC.

Outros aspectos característicos são: a) o tratamento de longa duração que possibilita mudanças mais profundas em diferentes dimensões da vida, b) a modalidade residencial que oferece a oportunidade de integração e pertencimento à comunidade, c) a base de abstinência que busca para que a pessoa se reintegre à sua vida sem dependências afetivas ou tóxicas, d) a base em recuperação que busca a estabilidade de longo prazo, a realização de uma vida com sentido e integração plena na vida social e e) grupo de trabalho sem o qual a mudança não pode ocorrer.

Como já foi dito, muitas dessas últimas características foram modificadas por diversos motivos, mas principalmente pela necessidade de adequar o modelo às demandas externas, entre elas, a viabilidade de financiamento de processos de longo prazo, a diversidade de perfis de usuários, a alta comorbidade em saúde mental, substâncias e padrões de consumo, fatores que ao longo dos anos levaram muitas CTs a se ajustarem ou desaparecerem.

De acordo com a OMS e o UNODC (OMS/UNODC, 2020), o ambiente de apoio intensivo oferecido por programas residenciais de longa duração, como CTs, são ideais para pessoas cuja história pessoal foi caracterizada por abandono dos pais, negligência emocional, abuso físico ou sexual violência, trauma, violência interpessoal e exclusão social.

Isto significa que o modelo é particularmente relevante para pessoas severamente afetadas por padrões de consumo que afetam especialmente a integração social; comorbidades de saúde física ou comorbidades mentais, que podem afetar sua segurança e bem-estar em ambientes não estruturados; com extensa história de falhas terapêuticas ou recaídas após tratamentos custo-efetivos ou ambulatoriais; com limitações sociais ou econômicas; com problemas familiares ou sociais graves e redes de apoio social frágeis; que estão isolados ou em situação de privação social, que desejam voluntariamente se abster do uso e que desejam fazer grandes mudanças em seus estilos de vida e adquirir novas habilidades em um ambiente residencial (WHO/UNODC, 2020).

A integração de enfoques diferenciais na comunidade terapêutica

A TC modificada consiste em uma variedade de programas que atendem a uma variedade de pacientes que, além do uso de drogas, têm outros problemas. Entre as modificações estão tempos de internação mais curtos, que variam de 3 a 12 meses, modelos ambulatoriais ou programas diurnos. Além disso, especializaram-se na gestão de grupos populacionais com necessidades específicas e integraram intervenções de saúde, saúde mental, grupos de autoajuda, prevenção de recaídas, entre outros, sem substituir o fundamento da comunidade como método. (De León y Unterrainer, 2020).

A Declaração de Maiorca de 2016 destaca a capacidade da CT para atender grupos em condições de vulnerabilidade, como mulheres, crianças, moradores de rua, pessoas que vivem com HIV ou outras doenças infecciosas, dupla patologia, pessoas em conflito com a lei, entre outras. Segundo Kennard (2004), existe uma série de elementos centrais e distintivos que se recriam como terreno comum e que permitem a aplicação diferencial do modelo numa diversidade de ambientes e com

diferentes populações, entre os quais se destacam: a) o ambiente de aprendizado contínuo em que tudo o que acontece na convivência, no trabalho comum e nas crises é aproveitado como oportunidade de aprendizado; b) a tolerância dos membros entre si até certo grau de comportamentos e dinâmicas que promovam desconforto ou que possam ser considerados “desviantes” em ambientes comuns (sendo este um dos princípios definidos pelo Rapoport); c) a cultura da indagação honesta em momentos difíceis que promova o esforço intencional e consciencioso para identificar e desafiar certas posições ou visões consideradas aceitáveis. A reativação e atualização de situações difíceis que são comuns fora da comunidade, são recriadas na comunidade para alcançar novas aprendizagens e desenvolver habilidades para lidar com elas. (Kennard, 2004).

Trabalhar com crianças, meninas e meninos e adolescentes

A tradição de trabalhar com crianças, adolescentes e jovens tem mais de nove décadas de desenvolvimento. A abordagem mais emblemática ocorreu na década de 1930 com Kasinski, o Hawkspur Camp e a criação da Planned Environment Therapy, que se tornou o primeiro modelo unificado de CT para trabalhar com essas populações.

De acordo com essa perspectiva, as necessidades sociais de meninos e meninas podem ser atendidas por meio da responsabilidade compartilhada dentro da comunidade; as necessidades emocionais são trabalhadas com atenção ao relacionamento com os membros da equipe e psicoterapia individual; e necessidades educativas, através de medidas destinadas a promover a motivação para aprender e a ênfase no trabalho criativo (Kennard, 2004).

Kennard enfatiza que a responsabilidade compartilhada está aliada ao valor do amor, ou seja, que todo menino ou menina é digno de estima e carinho, independentemente de sua aparência, hábitos ou disposição, e que o castigo nunca deve ser usado para prejudicar, ferir ou humilhar.

Hoje existe um vasto corpo de teoria que ampliou a compreensão e o conhecimento sobre a psicologia do desenvolvimento, a realidade psicoemocional e comportamental de bebês e jovens com histórias de privação afetiva, negligência, abuso e trauma, orientando intervenções para alcançar um melhor equilíbrio entre a necessidade de cuidado e necessidade de controle, e entre dar amor, expressar afeto e definir limites.

Guarnaccia e outros (2019) destacam uma das atribuições fundamentais da CT: estabelecer uma rede relacional que envolva, contenha e proteja cada menino e menina, e que proporcione oportunidades de desenvolvimento pessoal. Em perspectiva, tais relações envolvem a relação da criança com seus pares, a relação com os adultos referentes em sua vida, as relações desses adultos com outros adultos e o impacto dessas relações nas crianças, constituindo um complexo relacional intrincado que inclui as diferentes dimensões que compõem o TC: o meio ambiente e o

espaço da CT, a partilha diária, as diferentes relações que se dão na dinâmica da comunidade, tanto interna como externa e com o contexto social e institucional mais amplo.

Identificou-se que as dimensões do clima social, que refletem as características psicossociais do ambiente e que influenciam fortemente o funcionamento da CT, estão associadas a

comportamento individual, mais do que outras variáveis de contexto.

Várias escalas foram concebidas para medir o clima social e a qualidade do “ambiente” na CT, bem como a estrutura do programa de intervenção e o clima organizacional com destaque para a equipa, a sua capacidade de liderança e os processos de responsabilização. Segundo Guarnaccia e outros (2012), até o momento não existiam instrumentos específicos para avaliar CT para crianças e adolescentes, exceto os padrões criados pela Comunidade de Comunidades e os de Sullivan e Paget em 2009, razão pela qual receberam a tarefa de construir e validar o questionário SCIA (*Standards for Communities for Children and Adolescents*).

O SCIA é um instrumento composto por 143 itens, divididos em três seções: 1) valores essenciais (10 itens), 2) padrões essenciais (15 itens) e 3) resultados (118 itens divididos em diferentes áreas de medição). Existe uma versão curta de 19 itens.

A primeira seção inclui os princípios básicos e a filosofia das CTs. Entendendo que os valores contextualizam as normas que, por sua vez, orientam os serviços e o treinamento das equipes para a prática.

A segunda refere-se aos padrões que definem os requisitos básicos de um serviço que é guiado pela abordagem TC. Eles são a base de boas práticas e definem prioridades.

Por último, a seção de resultados mede cinco áreas:

- a) Ser saudável (34 itens): refere-se à possibilidade de desfrutar de um ambiente seguro e solidário que favoreça o desenvolvimento saudável, que permita brincar, aprender e ter relações de confiança com adultos e pares.
- b) Estar seguro (23 itens): refere-se à possibilidade de se sentir seguro em um ambiente que permita a livre expressão de pensamentos, sentimentos e emoções, e estimule o diálogo que favoreça o conhecimento e a compreensão de emoções e comportamentos difíceis.
- c) Prazer/realização (23 itens): referente à construção de uma cultura de vivência-aprendizagem baseada em responsabilidades e não apenas na exigência de direitos ou privilégios.
- d) Contribuição positiva (20 itens): refere-se à possibilidade de desenvolver um sentimento de pertença, valorização e valorização de si e dos outros.
- e) Alcançar o bem-estar (19 itens): inclui todas as ações que visam proporcionar bem-estar social e emocional, tomada de decisão na vida e empoderamento, de acordo com a fase de desenvolvimento em que a criança e o adolescente se encontram.

Trabalhar com mulheres

Segundo Eliason (2006), existem diferenças tanto na história de uso quanto em suas consequências para homens e mulheres, também existem diferenças nos padrões de uso, nas barreiras de acesso ao tratamento e nos gatilhos para o uso. Ele também menciona diferenças na atividade criminosa tanto nos motivos quanto nos tipos.

Observam-se também diferenças nas motivações que levam à procura de tratamento e na resposta a eles. As mulheres podem sentir-se mais inclinadas a entrar numa CT devido aos papéis de socialização, sendo mais propensas a expressar as suas emoções e a procurar apoio nos outros, bem como a melhorar a sua percepção da qualidade da maternidade quando têm filhos. Por outro lado, as mulheres apresentam maiores dificuldades e barreiras no campo laboral e no desenvolvimento vocacional, o que aumenta o risco de envolvimento em atividades ilegais para sobrevivência.

Na área da saúde mental, entre 25% e 64% das mulheres privadas de liberdade por algum crime apresentam algum diagnóstico de saúde mental, sendo os mais comuns a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático, frequentemente associados ao consumo problemático.

A integração explícita e prática da perspectiva de gênero nos dispositivos de tratamento não é uma prerrogativa e não pode ser adiada. São vastas as evidências que revelam que as técnicas utilizadas nas CTs, apesar de multidimensionais e holísticas, têm sido pensadas para responder às necessidades masculinas e embora certamente existam programas para mulheres, ainda são comuns os programas mistos. Segundo Possick e Itzick (2018), tem sido sugerido que os programas mistos reforçam a invisibilidade e a marginalização das mulheres, que devem enfrentar uma dupla marginalização, não só pelo seu consumo, mas também pela sua condição de mulher.

Os programas de tratamento sensíveis ao gênero consideram questões multifacetadas, incluindo cuidados pré-natais, cuidados infantis, apoio aos pais, história de abuso, família e relacionamentos íntimos e pobreza. O tratamento psicossocial deve abordar habilidades de enfrentamento, prevenção de recaídas, problemas relacionais, traumas e outros problemas de saúde mental concomitantes, bem como atenção a questões práticas, como assistência médica, emprego, moradia e nutrição.

No quadro da CT, os métodos que se centram na pressão grupal e no feedback através do trabalho de grupo, bem como na estrutura rígida de regras e sanções, e na rigidez da ordenação das atividades quotidianas, com as quais procura transformar as atitudes e comportamentos de negação, desonestidade, comportamento criminoso e prostituição, que podem ser problemáticos para as mulheres. Fortes sentimentos de negação, vergonha, culpa, excesso de cobrança e falta de controle são comuns nelas, e embora resultados positivos tenham sido documentados em mulheres em condições de alta vulnerabilidade ou em situação de rua, poucos estudos têm

explorado a experiência de mulheres em CTs, suas percepções e como isso tem impacto em sua situação de vida (Possick e Itzick, 2018).

Os resultados do estudo referenciado indicam que as mulheres se concentram nos aspectos de conexão social com outros, mas que em outros aspectos próprios da concepção biopsicossocial do tratamento nas CTs, na hora de avaliar sua experiência nelas.

Definiram três categorias de análise, a primeira refere-se à reclamação e frustração em torno da família de origem e ao desejo de encontrar algo semelhante a um "lar" na CT, expressando frustração, pois o ambiente é muito diferente da ideia interiorizada ou idealizada de uma casa. A experiência de algumas mulheres é de "sofrimento" que é o oposto da necessidade de um ambiente acolhedor e carinhoso; para outros é a possibilidade de construir relações "familiares"

e criar um sentimento de pertença, aceitação e amor incondicional; Para outros, a CT é uma família substituta que cumpre os papéis parentais do ponto de vista instrumental ou emocional.

A segunda corresponde à satisfação ou dificuldade de construir relacionamentos íntimos em CT. É mais fácil para as mulheres compartilharem seus pensamentos e sentimentos em um aconselhamento individual ou em um ambiente de terapia do que em um ambiente de grupo. Em comparação com seus pares, expressam dificuldade em estabelecer relacionamentos íntimos com outras mulheres na CT e estas são percebidas como superficiais em meio à rotina diária, expressam maior facilidade em se relacionar com os homens, com exceção daqueles que foram vítimas de violência de gênero ou abuso sexual, que preferem evitá-los.

Constataram também o desejo e a necessidade de ter relacionamentos íntimos para obter atenção e se sentirem amados, sendo proibidos, muitos deles ocorrem em segredo, com risco de serem expulsos por descumprir as regras. Paradoxalmente, apontam os pesquisadores, essas relações podem contribuir em alguns casos para o processo de recuperação e reconexão consigo mesmo e com os outros.

Por fim, analisaram o aspecto misto das CTs, modalidade muito comum em Israel, onde o estudo foi realizado. Eles destacam as diferentes trajetórias de consumo de homens e mulheres, os padrões de comportamento e o fato de que muitas mulheres com problemas de consumo devem lidar com a exploração masculina, o que leva a questionar se a modalidade mista é adequada e eficaz. A descoberta inesperada foi que, para algumas das mulheres do estudo, esta modalidade é preferível porque lhes dá um senso de realidade e normalidade, embora se sintam mais inclinadas ao trabalho em grupo apenas para mulheres, o que favorece a discussão em torno de temas como sexo ou maternidade.

Em conclusão, a dinâmica de poder, pressão social e regras rígidas nas CTs respondem, segundo os autores, à necessidade de os homens internalizarem limites socialmente aceitáveis para não violar os direitos dos outros, enquanto o foco tem sido a interseccionalidade entre gênero masculino, crime, comportamento antissocial e uso de drogas.

No entanto, o paradigma do poder não é igualmente apropriado para as mulheres, pois suas trajetórias de consumo geralmente não são caracterizadas por agressão, violência ou crimes contra terceiros. Por outro lado, esse paradigma parece contrário aos papéis de gênero a partir dos quais a mulher que expressa seu poder é percebida como dominante, castradora e pouco feminina, mas se não

expressa, a autoestima é afetada e ela se sente impotente, o que limita seu progresso e processo de recuperação. Os achados do estudo refletem sentimentos de impotência, vergonha, falta de privacidade e sensação de serem agredidos coletivamente, principalmente nas dinâmicas de confronto que evocam o bullying ou técnicas de bullying associadas à masculinidade, que os isola e afeta seu significado de pertencimento. (Possick e Itzick, 2018).

Enquanto a negação é mais comum nos homens, a vergonha e a culpa são mais comuns nas mulheres. A vergonha ativa o desejo de se esconder ou não se expor, dificultando a demonstração de vulnerabilidade ou o reconhecimento de certos aspectos na presença de pares do sexo masculino. Dessa forma, embora prefiram ambientes mistos, é claro que preferem espaços

“seguros” nos quais possam se sentir mais à vontade para expor os aspectos mais íntimos de sua feminilidade.

Por outro lado, as mulheres tendem a atribuir o seu consumo problemático à falta de proximidade afetiva ou ligação com a família de origem, bem como a situações ou relações abusivas precoces ou com os seus parceiros íntimos. Consequentemente, as mulheres que lidam com o uso problemático buscam conexão emocional com outras pessoas, e o auto-reconhecimento depende de sua capacidade de manter relacionamentos significativos que lhes proporcionem segurança e satisfação. Para muitas mulheres, o ambiente da CT pode parecer familiar, mas para outras pode parecer “frio” devido à rigidez e ao papel disciplinador e vigilante das figuras de autoridade, ao contrário do calor humano e do tratamento humano que muitas procuram, apesar de se mostrarem poderosas.

Na prática, esses achados indicam que, para fornecer tratamento eficaz para mulheres que lidam com TUS, é essencial criar um ambiente que reflita uma compreensão do contexto sociocultural e das características interdependentes das identidades sociais de gênero, etnia, idade, deficiência e status, fatores socioeconômicos que atuam como fatores subjacentes à opressão e desigualdade das mulheres que usam drogas. Fatores sociais como pobreza, rigidez nas normas de gênero, papéis de gênero e desigualdade de gênero influenciam tanto o acesso quanto a forma como as mulheres respondem ao tratamento.

O ambiente e a atmosfera em que o tratamento é oferecido devem ser seguros e promover o desenvolvimento da mulher, bem como de suas capacidades e habilidades, ao invés de focar em suas fragilidades ou áreas deficitárias para que ela recupere seu senso de poder, autoeficácia e reduzir a percepção de desigualdade e marginalidade.

Todas as CTs devem oferecer espaços de grupo exclusivos para mulheres e espaços de encontro e trabalho conjunto com elas, suas redes próximas e outros significativos, dada a necessidade de conexão afetiva.

Os autores concluem que o confronto é inadequado para as mulheres, pois aumenta a ansiedade e desafia o princípio da segurança nos ambientes (Possick e Itzick, 2018). Por sua vez, Eliason (2006) aponta que o ambiente fortemente conflituoso e a supervisão próxima podem ajudar a definir limites e estruturar homens com tendências antissociais, mas podem levar a sintomas de estresse pós-traumático nas mulheres e contribuir para ampliar seu senso de desvantagem e baixa autoestima, especialmente naqueles com depressão.

Wilde (2005) reitera que a técnica de confronto, característica da comunidade como método, pode não ser adequada para vítimas de abuso que mais se beneficiam de ambientes confiáveis, seguros e amigáveis às mulheres, questionando se isso é possível em um sistema de tratamento dominado majoritariamente por homens e mulheres para homens. As evidências mostram que os tratamentos sensíveis ao gênero que respondem às necessidades das mulheres mostram resultados promissores e devem ir além do método tradicional em um ambiente exclusivo para mulheres.

De acordo com os papéis de gênero, as mulheres geralmente se comunicam indiretamente para evitar ferir os sentimentos dos outros e muitas vezes aceitam as críticas como um reflexo de seu valor próprio. A comunicação direta na CT, geralmente pública, pode ser "devastadora" para algumas mulheres. Da mesma forma, as mulheres podem encontrar contradição em mensagens que exigem que elas se abram e mostrem vulnerabilidade diante dos outros, enquanto relacionamentos próximos e íntimos são restritos por serem considerados "patológicos". Todos esses aspectos podem prejudicar o processo de recuperação (Eliason, 2006).

Trabalhar com pessoas com diagnóstico dual ou comorbidade em saúde mental

A conceituação e a abordagem do tratamento dos transtornos de saúde mental concomitantes aos transtornos por uso de substâncias psicoativas têm caminhado para o reconhecimento de que as pessoas que apresentam as duas condições são, antes de tudo, pessoas e não podem ser reduzidas a rótulos ou categorias diagnósticas. Davidson e outros (2008) apontam que esse reconhecimento deve passar da retórica à ação, pois são as pessoas que vivenciam as duas condições que melhor sabem o que é lidar com elas e se recuperar.

O aprofundamento do fenômeno dual começou a ocorrer no final dos anos 80 e início dos anos 90, época em que siglas como "MICA" (Mentally Ill Chemical Abuser) se expandiram e enfatizaram o "duplo problema" com as consequentes "complicações" para os sistemas de cuidado. Com o passar do tempo, essa perspectiva foi caminhando para a dupla recuperação, colocando a ênfase na pessoa e não mais nos diagnósticos. Este desafio impôs a necessidade de conciliar sistemas de tratamento regularmente fragmentados, alguns para tratar a saúde mental e outros para tratar transtornos por uso de substâncias, e começar a pensar em modelos de tratamento e recuperação *integrados*.

A integração de modelos, segundo Davidson e outros (2008), supõe que as pessoas reconheçam a necessidade e a possibilidade de ter controle não apenas sobre o consumo, mas também sobre suas condições de saúde mental. Maior consciência e autoconhecimento de si mesmo, das condições em que vive e de ferramentas concretas para identificar, gerir e conter sintomas e detonantes.

Também significa melhorar seu senso de valor próprio e reconhecer que a condição de saúde mental é apenas uma parte de sua vida, como um pré-requisito para progredir no processo de recuperação e não como um produto da recuperação. A autoestima e a autoeficácia constituem, assim, aspectos fundamentais no caminho da recuperação, só possível com o envolvimento ativo e significativo da pessoa nas dinâmicas sociais e comunitárias, sendo este um processo dinâmico.

que se consolida ao longo do tempo e não como um ponto final. Um processo no qual a pessoa assume um papel ativo em sua própria recuperação (Davidson et al., 2008).

Concluem que existem semelhanças importantes na forma como as pessoas vivem o seu processo de recuperação nos transtornos de saúde mental e uso de substâncias, destacando aspectos como a esperança, os relacionamentos, o envolvimento significativo e o pertencimento social e comunitário, a redução do estigma, a redefinição de si mesmo (de de si ou de si) e a potencialização do exercício da cidadania.

Segundo os pesquisadores, a dinâmica de ajuda mútua e a esperança de cura são fundamentais. Também a própria crença de que é possível recuperar e a capacidade percebida de gerir os sintomas e as condições que se padecem, de forma eficaz, pelo que recomendam incorporar intervenções familiares e relacionais intensivas desde as primeiras fases do tratamento, reforçadas com estratégias motivacionais como entrevista e aconselhamento motivacional e intervenções breves. Assim como o reforço das competências de coping e gestão de situações quotidianas complexas, que melhoram o sentido de controlo e autocontrolo e que, segundo a evidência, se associam a menores níveis de ansiedade e depressão, menor impacto traumático após episódios de vitimização, maior propensão para agir, proteger a saúde e integridade física e melhores condições gerais de saúde.

A ligação à dinâmica social e comunitária tem um impacto positivo na redução do sentimento de isolamento e tem efeitos protetores quando se vive, por exemplo, com o VIH. No entanto, o impacto do estigma é crítico porque compromete a qualidade de vida, afetando o acesso ao emprego, relacionamentos, desenvolvendo sentimentos de confiança e confiabilidade, ou reforçando o sentimento de rejeição e exclusão.

A superação das barreiras estruturais, do medo da rejeição e dos estereótipos promove a recuperação porque implica melhoria e ampliação das redes sociais, satisfação com a vida e autoestima. Em suma, trata-se de melhorar a sensação de bem-estar psicossocial e qualidade de vida, sem reduzir o tratamento à gestão ou contenção sintomática ou “déficit”, reconhecendo todos os aspetos que contribuem para o processo de recuperação e desenvolvimento humano integral. (Davidson et al., 2008).

Essa abordagem tem sido chamada de prática orientada para a recuperação e é particularmente recomendada para pessoas com diagnóstico duplo, razão pela qual está sendo cada vez mais integrada às diretrizes práticas sobre saúde mental e uso de substâncias psicoativas em diferentes países. A abordagem entende a recuperação como um processo pessoal e social que transcende a redução sintomática, em que a pessoa é central na sua recuperação e nas decisões em torno dela. São reconhecidas as experiências únicas, bem como os fatores estruturais, além disso, entende o cotidiano como o terreno ideal para a mudança, promovendo o exercício da cidadania e dos direitos civis (Brekke et al., 2018).

Essa abordagem identifica e incorpora os próprios objetivos, interesses e pontos fortes da pessoa que atuam como suporte aos seus esforços para gerenciar e gerenciar sua condição, enquanto buscam a conquista de uma vida significativa na comunidade e a melhoria de sua qualidade de vida. Brekke et al. (2018) apontam o risco que tem sido identificado na distorção do conceito de

recuperação quando for definida pela própria pessoa ou quando corresponder a padrões definidos por profissionais, pesquisadores ou operadores de serviços.

Essas concepções podem variar significativamente e levar a práticas formais ou informais incompatíveis ou contrárias à abordagem, além de desafiar e criar dilemas nas equipes de saúde. Enquanto no campo da saúde mental é reconhecida a possibilidade de manejo e aprendizado para lidar com os sintomas, no campo do uso de substâncias o fundamento da abstinência total como reflexo da recuperação pode gerar discordâncias ou conflitos com essa abordagem, limitando seu alcance ou impedindo a sua aplicação como base para a prestação de serviços integrados e integrais para a dupla condição.

Segundo Brekke et al., o debate entre abstinência e flexibilidade ou tolerância a algum nível de consumo representa mais do que um dilema, um paradoxo, e é que tanto a redução de danos quanto a abstinência são aproximações necessárias na aplicação da abordagem orientada para a recuperação.

A realidade é que a coexistência de saúde mental e transtornos de consumo também levantou o dilema de realizar tratamentos sequenciais (um primeiro e outro depois) ou paralelos (dois tratamentos por diferentes prestadores de serviços), constatando que nenhuma dessas modalidades é ideal e que é necessário melhorar a capacidade dos serviços de tratamento para tratar de forma integral a pessoa que vive com a dupla condição (HHS/SAMHSA, 2011).

É amplamente documentado que pessoas com duplo diagnóstico apresentam piores resultados de tratamento, maiores taxas de recaída, alto risco de suicídio, maior habitabilidade em ruas, maior encarceramento, internações e pior qualidade de vida. Pesquisas na área indicam que para ser mais eficaz é necessária coordenação e integração do cuidado, pois as evidências associam melhores resultados em tratamentos integrados do que em tratamentos sequenciais ou paralelos.

O que caracteriza esses programas integrados são serviços que integram farmacoterapia para condições de saúde mental e condições associadas ao uso de drogas, psicoeducação, aconselhamento, psicoterapia e grupos profissionalizados de apoio a pares. (HHS/SAMHSA, 2011).

A transição dos programas para a integração supõe a melhoria contínua da capacidade de atender à complexidade da dupla condição e este processo deve ocorrer antes da prestação de serviços deste tipo. Isso implica uma mudança na identidade do próprio programa como um programa capaz de tratar patologias duais com qualidade, idoneidade e responsabilidade, sem qualquer restrição e independentemente do perfil do caso a ser tratado.

Na prática, isso significa que se um programa afirma ser integrado ou capaz de atender a dupla condição, não deve impor barreiras de acesso para pessoas com dupla condição ou exigir encaminhamento para outros programas especializados. Devem ter todos os requisitos de qualificação ou credenciamento para oferecer serviços especializados em saúde mental, de acordo com a regulamentação de cada país, sem que isso signifique necessariamente se tornar um prestador de serviços de saúde mental, mas ter a capacidade de cuidar adequadamente de pessoas que, além do TUS, apresentam uma ou mais outras condições de saúde mental, que devem e podem ser adequadamente tratadas, de acordo com as normas.

Para determinar a capacidade de prestar serviços integrados, deve ficar clara a diferença entre as modalidades de trabalho entre as duas áreas: 1) se o que se oferece é uma ação coordenada com outro prestador de serviços, é coordenação, 2) se há referências a consultar ainda que informalmente, pontual ou episódica e claramente limitada a uma avaliação inicial que possa indicar se o tratamento oferecido é adequado ou não em determinado caso, trata-se de consulta ou interconsulta, 3) se for oferecida colaboração formal, em que as responsabilidades são compartilhadas no cuidar da pessoa estabelecem-se acordos e partilham-se relatórios de evolução, trata-se de colaboração, e se, pelo contrário, 4) ocorrer integração, exige-se a participação dos serviços de saúde mental e consumo de substâncias, na construção de um plano de tratamento único que aborda ambos os problemas. Nela, é necessária interação constante e trabalho coordenado durante o processo de avaliação, reavaliação e tratamento de cada caso, ou seja, há corresponsabilidade.

Em outras palavras, segundo HHS e SAMHSA (2011), a consolidação de um programa integrado implica na formalização de procedimentos e protocolos de atendimento que atuem de forma coordenada e integral para cuidar de pessoas com dupla condição.

Dentro dos procedimentos e protocolos destacam:

- 1) Avaliação das duas condições, que inclui rastreio (como ferramenta que indica a probabilidade de ter uma condição específica e não se destina a diagnosticar) e avaliação aprofundada que permite chegar a um diagnóstico específico. Esses processos devem ocorrer desde o início e de maneira oportuna, rotineira e sistemática, utilizando ferramentas e instrumentos padronizados que atendam a propriedades psicométricas adequadas. A avaliação deve integrar as condições duais e deve ser documentada e registrada, bem como ser realizada por pessoal competente.
- 2) A história clínica inclui o registro da história e a evolução e interação entre as condições.
- 3) O programa é capaz de atender tanto pessoas com quadros moderados e agudos, quanto graves, instáveis e persistentes. Você pode oferecer um tratamento abrangente para estabilizar as condições, sem a necessidade de encaminhar a pessoa para outro provedor.
- 4) Em casos persistentes, o programa é capaz de responder às necessidades complexas que surgem nestes casos.
- 5) Avaliação e integração das fases de mudança que incluem não só a motivação contra o consumo, mas outras áreas da vida da pessoa, orientando as exigências, níveis e intensidade dos serviços que são requeridos.

- 6) Planos de tratamento que intervêm na condição dual de forma equivalente e específica, isto inclui a medicação necessária em combinação com outras intervenções. Cada pessoa tem um plano de tratamento individualizado e a definição de intervenções destinadas a tratar os sintomas de transtornos específicos em combinação com intervenções psicossociais.
- 7) A evolução e o progresso são avaliados rotineira e sistematicamente, ou seja, o que é registrado de forma clara e detalhada reflete as mudanças em cada condição.
- 8) Os protocolos para a gestão integral de situações críticas são explícitos e escritos e incluem a gestão em casos de consumo ou sintomas recorrentes, recaídas, ferramentas de gestão de risco em cada caso e as estratégias e intervenções previstas em cada caso. As orientações buscarão manter a pessoa no programa de tratamento, com adesão adequada, inclusive em circunstâncias que justifiquem outro manejo ou encaminhamento para outro serviço de atendimento devido à gravidade dos sintomas. Esses protocolos devem ser amplamente conhecidos por todos da equipe, para garantir o estrito cumprimento.
- 9) Fases de mudança e progresso são rotineiramente integradas ao plano de tratamento individual para determinar o que precisa ser prescrito ou quais decisões precisam ser tomadas. A reavaliação contínua deve contribuir para determinar o que melhor se adapta à fase evolutiva pela qual passa uma pessoa em sua condição dual.
- 10) A prescrição de medicamentos requer condições de aquisição, armazenamento, guarda, monitoramento e dispensação. Os planos e esquemas de medicação devem responder a um protocolo explícito e escrito. Os programas devem contar com pessoal qualificado em farmácia e farmacoterapia totalmente integrado à equipe e ao funcionamento do programa, do ponto de vista administrativo e clínico.
- 11) Os programas integram uma variedade de técnicas e práticas para controle do estresse, ansiedade, treinamento de relaxamento, controle da raiva, habilidades de enfrentamento, treinamento de assertividade e resolução de problemas. Além de estratégias com forte suporte de evidências, como técnicas motivacionais e terapias cognitivo-comportamentais para tratar transtornos de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e transtornos do eixo II, como transtornos de personalidade.
- 12) A farmacoterapia não é considerada tratamento em si, portanto não pode se tornar o foco do tratamento. Evidências mostram que esses transtornos respondem efetivamente a intervenções psicossociais e cognitivo-comportamentais e que os resultados podem ser potencializados quando combinados com farmacoterapia. Nesse sentido, os programas que não possuem todos os padrões podem melhorar sua prestação de serviços, aprofundando-se nas técnicas que apresentam maior eficácia e que são baseadas em evidências. As intervenções devem ser desenhadas e fornecidas a cada caso particular de acordo com a sua situação.

- 13) Os programas oferecem psicoeducação como complemento às intervenções definidas para cada caso.
- 14) O trabalho com a família é integrado e padronizado como parte do tratamento. Isso inclui grupos de educação e apoio, bem como aconselhamento específico no nível da família ou do casal.
- 15) Oferecem grupos de ajuda mútua ou grupos específicos para a dupla condição. A dinâmica e evolução do trabalho de grupo está integrada no acompanhamento de cada caso, entendendo que é necessário apoio na transição e acompanhamento para encontrar os melhores dispositivos de grupo em cada caso.
- 16) Oferecem trabalho com pares integrados formalmente no programa e é executado regularmente com enfoque na condição dual e como apoio ao processo de recuperação. Este trabalho de apoio é rotineira e sistematicamente documentado.
- 17) Na preparação para a alta, é definido um plano específico que inclui aspectos de transição, acompanhamento e acompanhamento para ambos os tipos de transtornos, sem priorizar um sobre o outro. Os protocolos e procedimentos devem ser claramente definidos para cada caso, incluindo o gerenciamento de eventos de recaída ou exacerbação de sintomas de saúde mental, garantindo readmissão rápida e oportuna, se necessário.
- 18) Os programas integram a perspectiva de esperança na recuperação de condições duais e definem metas para alcançar e manter a recuperação, tanto na saúde mental quanto no uso de substâncias.
- 19) No apoio à alta definem-se alianças e disponibilização de recursos, incluindo grupos de ajuda mútua para as duas patologias, reconhecendo as especificidades e necessidades de cada caso e no quadro de cuidados continuados, devendo, idealmente, estar disponíveis no hospital. próprio programa e ser indefinido.
- 20) O mesmo se aplica aos esquemas de medicação. Os programas devem ser capazes de prescrever, fornecer e dar seguimento indefinido aos regimes de tratamento como parte do cuidado contínuo.
- 21) Os programas devem ter pessoal de saúde competente, treinado, experiente e licenciado para cuidar de transtornos mentais e prescrever medicamentos psicotrópicos. Os profissionais devem ser parte integrante da equipe terapêutica para garantir acompanhamento, adesão e manejo clínico adequados, buscando minimizar o uso de medicamentos que causam dependência, como, por exemplo, os benzodiazepínicos.
- 22) Os programas integrados devem contar com equipe terapêutica competente em saúde mental, além da equipe médica responsável pelo manejo clínico. As equipes devem ter supervisão e atualização constantes, bem como ferramentas que permitam o acompanhamento individual e em grupo dos profissionais de forma rotineira.

- 23) Os protocolos devem contemplar o acompanhamento individualizado e contínuo de cada caso em que haja também a participação do usuário ou usuária.
- 24) Os programas mantêm uma rede de profissionais, operadores de pares e voluntários que podem oferecer suporte supervisionado pela equipe de profissionais. Treinamento e atualização devem ser constantes para que nunca falte pessoal competente na equipe para atender adequadamente a comorbidade em saúde mental.

Considerações para o trabalho com famílias

Embora o trabalho com as famílias não faça parte do cuidado diferenciado, pois é considerado essencial em qualquer programa que preste serviços de qualidade, aqui são indicados alguns aspectos centrais a serem considerados no trabalho familiar e conjugal.

O aprofundamento da compreensão da dinâmica familiar em torno do consumo problemático de drogas começou nos anos 50 com o modelo de 12 passos, mas só foi integrado nos tratamentos nos anos 60 e 70. Desde Synanon, a CT foi entendida como família alargada e isolamento do exterior mundo incluía isolar a família de origem, considerando-a sem importância no processo e até mesmo como parte do problema da pessoa. Essa tradição foi estendida a muitas CTs inspiradas nesse modelo, mesmo considerando certa incompatibilidade entre a família e o tratamento, qualificando as relações como "influências destrutivas" que devem ser evitadas. Isso começou a mudar na década de 1970, quando se entendeu que o tratamento sem família trazia poucos resultados e que o trabalho familiar poderia impedir que os resultados obtidos fossem afetados ou mesmo ameaçados.

Ainda nessa altura não se falava em terapia familiar, mas sim em grupos familiares de carácter educativo, e ainda se considerava que a tensão nas relações entre os residentes e as suas famílias podia ser contraproducente, pelo que a estabilização da pessoa enquanto pessoa era esperada, condição para o reencontro. Depois as famílias voltaram a ter relevância no processo de reintegração. (Soyez e Broekaert, 2005).

Foi somente no final da década de 1970 que a terapia familiar começou a ser incorporada, embora muitas CTs não ofereçam terapia familiar como parte do tratamento ou de forma consistente e, às vezes, seja considerada um serviço complementar ou adicional. Em outros casos, são oferecidos grupos terapêuticos e de ajuda mútua para várias famílias. Segundo Soyez e Broekaert, existe uma diversidade de abordagens de trabalho familiar nas CTs, mas em termos de terapia, foi apontado que são necessárias abordagens menos focadas no problema e mais direccionadas à mudança, como a terapia familiar breve ou a abordagem da narrativa familiar.

No entanto, são claras as dificuldades em conseguir um envolvimento constante e ativo de todos os membros da família envolvidos, o que coloca limites à terapia familiar. Por esta razão, o aconselhamento familiar antes da terapia pode ser útil, mas é trabalhoso e caro.

Ao longo dos anos, evidências têm demonstrado que o papel das famílias não é apenas funcional no surgimento e manutenção do transtorno, mas também no próprio tratamento e no processo de recuperação. Como foi dito ao longo deste documento, a retenção é essencial para melhorar os resultados e o envolvimento ativo da família no processo melhora a retenção. (Soyez e Broekaert, 2005; Wand, 2013).

A abertura crescente das CTs para o exterior, como parte de sua evolução, incluiu a revisão do papel que as famílias devem desempenhar dentro do tratamento. A origem enraizada das CTs na perspectiva democrática e humanista nem sempre foi tão destacada quanto se esperava, mas essas raízes enquadram o princípio da confiança no potencial do ser humano para mudar e superar o comportamento viciante, o respeito pelos valores humanos e o honesto encontro com o outro.

Nesse sentido, segundo Soyez e Broekaert, o trabalho terapêutico com as famílias também deve ter um fundamento humanístico e um caráter contextual. As ideias de Ivan Boszormenyi-Nagy influenciaram o trabalho com famílias porque integram as premissas básicas das principais abordagens da terapia familiar e as complementam com construtos de justiça relacional, criando assim uma nova forma de pensar a intervenção. Posteriormente, essas ideias deram fundamento à terapia contextual, na qual o contexto define a situação em que ocorrem as interações e o equilíbrio dinâmico entre dar e receber. A fiabilidade e a justiça são forças de influência por excelência na realidade relacional e nas suas dimensões, sendo a dimensão ética ou fidedigna a pedra angular da abordagem. O trabalho de Nagy também foi influenciado pelo próprio Maxwell Jones.

O envolvimento ativo da família no tratamento e no processo de recuperação é particularmente importante para os adolescentes e jovens porque a maioria deles tem pouco ou nenhum apoio familiar, há consumo nas suas famílias ou não têm capacidade para participar nas atividades familiares terapia, com a qual a CT cumpre em muitos casos o papel de família substituta, substituindo a família ausente e apoiando a recuperação através das diferentes dinâmicas grupais e comunitárias.

Segundo Wand (2013), é fundamental avaliar a viabilidade e conveniência de envolver ou não a família em determinados casos, bem como definir claramente o papel que a CT desempenha como família substituta quando a família de origem está ausente. Nessas circunstâncias, a CT pode fornecer segurança, ordem, estrutura, aceitação, empoderamento e disciplina, substituindo efetivamente a família e facilitando o processo de recuperação.

Nos casos em que é possível envolver a família, Wand cita a terapia familiar multidimensional ou a terapia familiar estratégica breve como alternativa às abordagens baseadas em evidências. Independentemente da abordagem sistêmica aplicada, estudos confirmam que intervir diretamente com as famílias aumenta as taxas de retenção, reduz significativamente o uso de drogas, promove o funcionamento pró-social e melhora a dinâmica familiar e a saúde. Vale ressaltar que no caso de adolescentes e jovens, a retenção melhora entre 2 e 3 vezes a probabilidade de obter resultados positivos após a alta.

Perspectivas críticas

A comunidade terapêutica como método ou como modelo tem recebido múltiplas críticas, algumas delas “ferozes”, na opinião de Molina (2014). Nas décadas de 80 e 90 do século passado consolidou-se a ideia de que estes programas limitavam os direitos e as liberdades das pessoas, afetando a sua credibilidade e legitimidade, reforçada com casos documentados de práticas inadequadas, desconhecimento dos preceitos fundamentais e incorporação de equipamentos não adequados para reduzir os custos operacionais. Situações repetidas em vários países levaram, inclusive, à proibição do método em países como França e Grã-Bretanha, até o surgimento da modalidade profissionalizada e modificada.

As críticas muitas vezes vêm de dentro, tanto de profissionais quanto de pesquisadores, que apontam para efeitos iatrogênicos inesperados que podem ser ainda mais graves do que os de base, futilidade de resultados, normalização de reprovação e críticas a medidas correcionais e reeducacionais que ameaçam diretamente os direitos, autonomia moral e valores pessoais. Tudo isso tem levado ao desmonte de muitos aparelhos, principalmente os de alta demanda, por estarem amplamente desacreditados e, ao mesmo tempo, tem servido para justificar o desaparecimento de muitos programas alegando falta de orçamento dos sistemas públicos para seu financiamento. (Molina, 2014).

A exigência de profissionalismo, equipes multidisciplinares e cumprimento de padrões altamente exigentes para garantir a qualidade dos programas tornaram muitos deles insustentáveis, independentemente de serem considerados viáveis, eficazes ou rentáveis.

Na opinião de Molina (2014) não existe “método de cuidado mais completo, abrangente e específico do que a CT moderna e profissionalizada” (p.94), desde que existam equipes multidisciplinares, pautadas nas necessidades dos destinatários, pensadas de forma específica e esperançosamente participativa, avaliando processos e resultados, com protocolos explícitos e escritos que definam claramente objetivos, metodologias, atividades e indicadores de monitoramento e avaliação, transparentes quanto aos seus métodos e realizações. Acrescenta que são programas que combinam farmacoterapia, psicoterapia e CT como parte de um método que integra “o melhor de cada intervenção” com revisões e acompanhamento contínuos.

Mas os padrões vão além e devem se concentrar, entre outras coisas, em padrões de tratamento universal amplamente aceitos com base em evidências científicas. O modelo TC não pode e não deve ser contrário a eles. Ao se distanciarem dos padrões mínimos, evidenciaram-se más práticas e procedimentos inaceitáveis que contrariam qualquer princípio ético e bioético. Muitas dessas situações foram documentadas e expostas na mídia de muitos países, principalmente da América Latina, e isso tem contribuído para reforçar o estigma e a resistência contra a TC, mesmo em potenciais usuários que preferem não pedir ajuda, a entrar em contato algum centro que se apresenta como tal.

Um relatório publicado em 2016 pela Open Society Foundations, intitulado "Nem ajuda, nem saúde: abuso em vez de reabilitação para usuários de drogas na América Latina e no Caribe" faz um relato dramático da multiplicidade de irregularidades que ocorrem nos centros de detenção da região, muitos dos quais correspondem a comunidades terapêuticas. O relatório reúne os resultados de estudos realizados no Brasil, Colômbia, República Dominicana, Guatemala, México e Porto Rico entre 2014 e 2015. Não pretende ser exaustivo, mas detecta claramente padrões que se repetem em muitos países, incluindo internação forçada em dispositivos residenciais que sujeitam pessoas a práticas abusivas e de baixa qualidade (OSF, 2016).

Em 2013, o Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos desumanos ou degradantes apresentou seu relatório ao Conselho de Direitos Humanos da ONU, no qual convocou os Estados a garantir a proteção dos direitos fundamentais dos indivíduos e impedir que haja tratamento classificado como tortura e outros tratamentos desumanos e degradantes em centros de tratamento privados.

Por sua vez, o Relator Especial sobre o direito à saúde "condenou" esses centros por tentar substituir ilegalmente outras medidas baseadas em evidências, como tratamentos de substituição, intervenções psicossociais e tratamentos oferecidos com consentimento total.

Por outro lado, o Grupo de Trabalho da ONU sobre Detenção Arbitrária em seu relatório anual de 2015 dedica um capítulo à detenção arbitrária no contexto de "tratamentos" por consumo ou dependência que constituem uma questão de saúde e que, portanto, não justificam uma prisão.

A origem de muitos deles é atribuída, entre outros fatores, à ausência de padrões de acreditação e regulamentações mínimas que assegurem a qualidade na operação dos programas de tratamento pelos Estados, descumprindo suas obrigações. Por se tratar de saúde física e mental, os Estados devem assegurar as condições de segurança e idoneidade na prestação de serviços de saúde aos seus cidadãos. O não cumprimento impede a existência de ferramentas e mecanismos que regulem o funcionamento destes serviços e legitima tacitamente práticas contrárias às leis nacionais e internacionais e às melhores práticas definidas por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde ou o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (OSF, 2016).

A proliferação de centros de "tratamento" não regulamentados sem dúvida responde a uma necessidade sentida por comunidades e famílias que não conseguem encontrar alternativas. O baixo financiamento dos programas de saúde mental e atenção às drogas em muitos países limita a oferta regulada e de qualidade, deixando grande parte da crescente demanda sem resposta. Isso explica porque a maior parte dos centros de tratamento da região são privados e não públicos, porque muitos desses centros funcionam sem nenhuma regulamentação dos Estados e porque uma parte significativa das pessoas que precisam de ajuda não consegue encontrá-la ou acaba sendo "tratada" em dispositivos irregulares (ver também: IDPC, 2013; CELS, 2016; Fiore e Rui, 2021).

Em todos os países do relatório, existem padrões que permitem a operação, mas estes são baixos ou não são cumpridos, e o monitoramento geralmente é mínimo. Os registos raramente contabilizam a oferta existente e o número de centros não registados excede em muitos países o número de registados.

O relatório documenta más práticas como levar as pessoas aos centros contra a sua vontade, à força ou por engano, até pelas próprias autoridades policiais e às vezes por pastores que realizam "patrulhas espirituais". Está documentado a partir de depoimentos, "terapias de choque" que incluem espancamentos, tortura, isolamento e tratamento humilhante, obrigação de assinar consentimento para "verificar" que a pessoa concordou em entrar, privação de liberdade, vigilância constante e falta de privacidade, sanções severas, uso de drogas psicoativas como "camisas de força químicas" e ameaças. As condições em muitos centros são degradantes, anti-higiênicas e superlotadas, além de inseguras. Comida estragada é servida e eles são submetidos a jejum prolongado.

O tratamento médico e psiquiátrico está ausente em muitos centros que recebem pessoas com perfil de consumo, cuja síndrome de abstinência deve ser acompanhada medicamente e tratada com medicamentos, inclusive de substituição. A mistura de todos os tipos de usuários também é apresentada, sem qualquer consideração de gênero, idade, perfil, necessidades ou requisitos.

Há má gestão de informações pessoais e registos médicos que não garantem a custódia adequada ou confidencialidade. Exploração laboral que, longe de ser educação profissional ou educação para o trabalho, é a forma como muitos pagam" a sua estadia, reforçando assim o estigma social e o trabalho informal de rua.

Encontrar a morte nesses centros tem sido uma realidade infeliz para muitas pessoas por razões tão diversas como doenças não identificadas ou adequadamente tratadas, síndrome de abstinência não monitorada ou tratada, envenenamento, ferimentos, suicídio e episódios trágicos como incêndios em centros fechados, que não oferecem segurança e impedem a segurança em uma emergência.

O que está documentado configura uma série de crimes que ocorrem por negligência e omissão dos Estados que acabam sendo condizentes com essas práticas que violam os direitos humanos e descumprem suas obrigações. Acabar com abusos, detenções arbitrárias, sequestros, monitorar centros de "tratamento" e apoiar o tratamento baseado em evidências são o caminho a seguir para conter essas más práticas e cumprir as disposições dos tratados das Nações Unidas e das Convenções de Direitos Humanos. Nos casos em que o internamento constitua medida penal alternativa, aplicam-se as mesmas obrigações, incluindo o consentimento. Se a pessoa não estiver disposta a ser internada em um centro como medida alternativa, ela deve ter acesso ao devido processo (OSF, 2016).

O relatório faz um apelo explícito à Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (WFTC) para criticar e denunciar os abusos cometidos e ajudar a educar o público e os prestadores de serviços sobre a importância de oferecer tratamentos adequados e baseados em evidências. Vale a pena notar que no mesmo ano deste relatório, o WFTC emitiu a Declaração de Maiorca.

A falta de regulamentação favorece más práticas e abusos de poder que, em muitos casos, incluem abuso sexual. O resultado de tudo isso são pessoas que chegaram precisando de ajuda, que saem traumatizadas e apavoradas, sem intenção de passar por algo semelhante novamente e com todas as condições de recaídas e reincidências.

Más práticas são atribuídas a casos de iatrogenia e estresse pós-traumático, documentados em trabalhos como o de Fanton (2014), que começa por apontar que as CTs são conhecidas pelo uso de técnicas de confronto e/ou verbalmente agressivas e pelo uso de violência física, em casos extremos e isolados, que continuam sendo rotina em muitos centros, apesar de evidências empíricas mostrarem sua ineficácia e potencial iatrogênico. Isso é especialmente grave nos casos de dupla patologia grave e espectro psicótico, em que o uso de práticas conflituosas e autoritárias poderia causar mais danos, devido à fragilidade e instabilidade das estruturas psíquicas.

Por outro lado, conforme indicado por Veale et al. (2014) não há evidências que indiquem que a permissividade da expressão emocional ou do confronto aumente os sentimentos de segurança, pertencimento ou responsabilidade diante da mudança. Em contraste, aspectos como relacionamentos filiais, regulação afetiva e segurança, da teoria do apego, estão bem fundamentados na teoria e na prática. Um debate que, segundo os autores, se assemelha ao da justiça retributiva e da justiça restaurativa, a primeira baseada na vergonha (humilhação/punição) e a segunda na culpa (responsabilidade/reparação).

Outra perspectiva crítica foi dada pela sociologia. Quando o fenômeno do uso de drogas é ideologizado e entendido, por exemplo, como falha, falha moral ou desajuste, fica difícil reconhecê-lo como uma questão de saúde, claramente incluída nos manuais diagnósticos que orientam a prática clínica no mundo, ou como um fenômeno social ou biopsicossocial, e isso pode se prestar a práticas anacrônicas e "moralizantes" que bem poderiam ser assimiladas à versão mais primária de instituições "correcionais", "reformatórias" ou "manicômios".

As CTs foram incluídas como um exemplo do que Erving Goffman chamou de "instituições totais", dentro das quais entram dispositivos tão diversos quanto mosteiros, campos de trabalhos forçados, prisões, hospitais psiquiátricos, internatos ou leprosários. Nelas, independentemente da aparência, as pessoas passam por um processo de "mortificação" para despojar-se de sua identidade individual e coletiva "externa", conferindo-lhes uma nova identidade que também pode ser carregada de estigma. Há um horário rígido, regras, muros, vigilâncias que limitam as liberdades e a autonomia. Em alguns deles, a comunicação com o mundo exterior é restrita e as pessoas são segregadas do resto da sociedade por incapacidade de cuidar de si mesmas ou por serem consideradas uma ameaça para si e para os outros, justificando assim o seu confinamento.

O objetivo de algumas dessas variantes, como os hospitais psiquiátricos, é restaurar ou isolar as construções falhadas de si, as certezas de si e os mecanismos habituais de relacionamento, com

o que produz um processo de desconstrução do sujeito e a perda de traços anteriores de autoidentificação. A resistência é suprimida, punida, isolada (Goffman, 2004)

Esses dispositivos cumpriram a função de isolar, conter e controlar o "desviante" ou "anormal" ao qual se impõe uma identidade social cujos atributos fazem a diferença em relação aos outros e reduzem a pessoa a um rótulo, uma categoria ou um conceito com forte carga simbólica que

causa estigma, descrédito e inviabiliza sua plena aceitação social por não atender ou desviar-se das expectativas. Trata-se então de identidades sociais "contaminadas" que são rejeitadas e não recebem o tratamento, a consideração ou o respeito que esperam, enchendo-as de vergonha, culpa e ainda mais marginalização. (Goffman, 2015).

Segundo Castrillón (2008), as pessoas que se consideram "drogados" adquirem uma singularidade identitária "interditada" de acordo com valores sociais e éticos que pressionam para que uma "cura social" seja realizada e o estigma social seja transformado. Na opinião do autor, nas CTs se misturam duas ideologias, uma cristã e outra laica, ambas buscam "desenvolver projetos de sujeitos sociais" em busca de respostas para a sociedade.

Para Castrillón, o caráter social das CTs a partir de uma lógica de internação, situa-as dentro das diferentes formas contemporâneas em que o sujeito "interdito" é excluído, segregado e "purificado" de práticas, neste caso discursos psicoterapêuticos e morais. A reforma e a contenção moral são exercidas, assimilando, segundo Castrillón, ao que Foucault chamou de "Grande Encierro" como "prisões morais".

Para este analista, as CTs constituem um híbrido que combina concepções éticas e morais, novas e velhas visões e valores sobre o indivíduo e a sociedade, enquadradas numa órbita terapêutica que busca a "reabilitação" a partir da transformação moral e dos métodos de cura, percorridos por disciplinar, a construção de um novo estilo de vida e a incorporação de novas identidades, tanto individuais como sociais, muitas vezes condensadas na categoria "adicto em recuperação" ou "adicto recuperado", estendendo o controle e a vigilância para além das fronteiras da instituição.

Após o surgimento dos movimentos de psiquiatria e antipsiquiatria social e comunitária no final da década de 1960, os transtornos e problemas de saúde mental passaram a ser entendidos como problemas relacionais, derivados da adaptação do sujeito ao seu meio social. . Neste quadro, a patologia tem origem familiar e comunitária, pelo que o tratamento deve ser feito a partir daí e não no hospital. Essas abordagens surgiram como uma reação crítica à repressão e às práticas desumanas que caracterizaram essas instituições por muitos anos. Basaglia liderou esse movimento na Itália por CTs que substituíram não apenas paredes por árvores, mas também transformaram radicalmente papéis, práticas terapêuticas e relações de poder. (Pastor e Ovejero, 2009).

Mas essa ideia de cura e reabilitação foi revista criticamente por Foucault em sua tese sobre a História da Loucura em que analisa o movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir do qual manicômios e manicômios são fechados com a pretensão de substituir condições desumanas e caminhar para a medicalização da "loucura", concebida não mais como desordem moral, mas como patologia e desordem natural. Do ponto de vista biopolítica, esta reforma é uma falácia porque não se pretende libertar os portadores de transtornos mentais, mas sofisticar o controle sobre eles, protegido por um discurso humanista em que aspectos como o tratamento moral continuam (Pastor e Ovejero, 2009).

A perspectiva histórica permite-nos ver as discontinuidades típicas de conceitos como a "loucura", desde a Idade Média quando era considerada "sagrada", até ao Classicismo ou à idade da razão em que foi reduzida ao "escândalo" e mesmo ao "escândalo" crime", dando origem ao asilo. Ao final dessa época, a reforma levou à sua concepção como doença, libertou os enfermos

do confinamento e os colocou sob cuidados médicos, mas como indica Strathern em alusão a Foucault, ao libertar o corpo, a mente permaneceu cativa, não mais com correntes, mas com remédios. No final do século XIX, com Freud, a "loucura" deixou de ser silenciada e passou a falar no divã, embora simultaneamente o poder da psiquiatria a expandisse, definisse e também a confinasse.

Assim, as diferentes epistemes demarcam os pressupostos, preconceitos e mentalidades que definem as formas de pensar nos diferentes momentos históricos, criando discursos constituídos por crenças, conceitos, práticas ou modos de agir e responder aos fenômenos. (Strathern, 2002).

Para Garbi e colaboradores (2012), as diferentes perspectivas de abordagem do uso problemático de drogas concordam em um pressuposto que modificar o uso de drogas implica modificar o sujeito, ou seja, perseguem transformações subjetivas como condição necessária para parar de usar. Assim, definem a CT como um "dispositivo privilegiado de deixar de subjetivar" que busca "criar novos sujeitos" e apostam no confronto como uma técnica que, segundo os autores, inclui um amplo espectro de intervenções desde a compaixão e o interesse genuíno pelo outro, ao grito, ao desafio, à acusação, à humilhação e ao insulto.

Com isso, espera-se que a pessoa reconheça e modifique o que é considerado "ilegal, desonesto ou negativo" do ponto de vista moral e que está associado ao estilo de vida e aos modos de "ser" e "estar" quando usa drogas. Assim, segundo os autores, observa-se uma modelagem da pessoa e de sua subjetividade, para a qual também contribuem a conscientização e o cuidado com rotinas, ações, pensamentos e emoções, inseridos em dinâmicas de poder que de subjetivam a pessoa. criar uma nova subjetividade. Este é o *ethos* por excelência da comunidade como método que busca a transformação subjetiva ajustada aos cânones desejáveis do ponto de vista social, onde a "falta de compromisso com a mudança" é canalizada por meio de técnicas de enfrentamento. (Garbi et al., 2012).

A importância do "enfrentamento" segundo Goti (2000 in López s.f), é a construção de um ambiente vigilante e alerta onde a informação circule e seja conhecida por todos, criando uma percepção recíproca dos moradores entre si, o que funciona como uma pressão ferramenta de mudança pessoal. A isso se somam as diversas dinâmicas que ocorrem na comunidade como confissões públicas, sermões, assembleias, grupos dinâmicos, o sistema de recompensas e punições, a partir do qual ocorre o processo de construção da subjetividade.

Tudo isso concorda com uma visão do problema como um desvio e com a consequente abordagem

do problema sob a ótica do controle social que se alinha, por sua vez, com abordagens

proibicionistas, em matéria penal e abstencionistas, em matéria de saúde. A construção do sujeito "viciado", "drogado dependente" ou "toxicômano" dá-se a partir da sequência droga-crime-doença caracterizada pela "devassidão pessoal" e "periculosidade social", abordagem que omite a possibilidade de as pessoas estabelecerem "outras" relações com drogas (Aureano, 2004 in López, s.f).

Dos diferentes aspectos da tradição revista, a democrática de Maxwell Jones, a do Grupo Oxford em que se introduz o critério moralizante de "reabilitação" em que o tratamento é o ponto de

viragem, aquele dos 12 passos em que o a autonomia e a racionalidade do indivíduo que consome é negada e ele é declarado impotente, e a integração de todos eles no modelo Synanon que propõe resgatar a autonomia a partir da entrada e isolamento em uma comunidade, a ideia que a droga carrega para a perda de autonomia, racionalidade e, em algumas ocasiões, à total alienação.

Além das nuances de cada aspecto da CT, a concepção fenomenológica e epistemológica do problema é a base das práticas e discursos que nela ocorrem, que estão alinhados e vinculados a concepções do que é considerado "bom" e "normal" no fora e dentro da comunidade, em mecanismos de controle social externo e interno e desconstrução de subjetividades.

A noção do uso de drogas como comportamento "desviante", caracterizado por déficits na personalidade, nas habilidades sociais e morais das pessoas que a praticam, bem como a descrição do modelo de CT com ênfase na reconfiguração dos valores morais e na a promoção de uma vida "reta" pode levar a diferentes leituras e interpretações sobre qual é então a melhor forma de "habilitar" ou "reabilitar", deixando fronteiras porosas contra as más práticas.

A revisão das críticas ao modelo e ao método leva à conclusão de que, acima de tudo, é necessário garantir que as pessoas recebam o melhor tratamento possível, conciliando as visões do modelo, com os padrões universais de cuidado e proteção da integridade física saúde, saúde mental e direitos humanos. Além de determinar com clareza os limites do atendimento nos casos em que o modelo e as intervenções que o compõem, podem até ser contraproducentes para a saúde e integridade das pessoas que necessitam de ajuda.

Os paradigmas assistenciais são diversos no campo do tratamento, alguns deles serão mais adequados para algumas pessoas e não para outras, mas é imprescindível em todos os casos seguir a orientação de normas e boas práticas de cuidado e atenção, preservando um olhar crítico sobre o que se faz e o impacto que isso pode ter no bem-estar integral das pessoas e a consolidação do seu processo de *recuperação*.

Cuidar do princípio bioético da não maleficência que responde à máxima *primum non nocere* ou "a primeira coisa é não prejudicar", pode evitar casos de iatrogenia, traumas causados por tratamentos e outras consequências indesejáveis derivadas da desumanização e degradação do o sujeito que usa drogas.

A redução de danos desde a perspectiva da comunidade terapêutica

Segundo Broekaert et al (2010), a comunidade terapêutica responde a um paradigma assistencial fenomenológico-existencial em que a abordagem aborda a pessoa como um todo e sua rede social, a fim de facilitar a saúde e o bem-estar, uma ação intencional que busca o bem-estar da pessoa por meio de intervenções. Nesse paradigma, o sucesso do tratamento é medido a partir do que as pessoas relatam sobre o bem-estar que vivenciam; busca autorrealização, crescimento e é inerente à psicologia e pedagogia humanística.

Um paradigma diferente fundamenta a redução de danos. É esta que se insere na perspectiva crítica pós-estrutural que suscita a necessidade de assumir uma postura crítica face à sociedade e às suas posições conservadoras e reivindicar conceitos como a inclusão, a autodeterminação e a emancipação das pessoas vulneráveis. Propõe desconstruir o mundo e suas narrativas em torno da incerteza e da relatividade, aspectos que caracterizam a vida humana. Eleva a preeminência dos direitos humanos e da cidadania, bem como dos direitos à qualidade de vida, ao atendimento de qualidade, que funcionam como princípios que norteiam o cuidado e o tratamento das pessoas com algum tipo de deficiência e das pessoas que fazem uso de drogas (Broekaert et al., 2010).

Nessa perspectiva, questiona-se a ausência de metodologias colaborativas, de empoderamento e inclusão na medicina baseada em evidências, o que contribui para subestimar a importância do ativismo social e do tratamento compassivo de pessoas em condições de vulnerabilidade. A partir da crítica social, propõe-se que as pessoas não privilegiadas sejam empoderadas para o pleno exercício de seus direitos civis, incluindo os de autodeterminação e liberdade de escolha de tratamento (Broekaert et al., 2010).

Este último é um princípio bioético que se refere à autonomia e ao autogoverno de todas as pessoas para agir com liberdade e agência, fazê-lo com intenção, com compreensão e sem coerção ou influências que determinem a ação. O respeito pela autonomia das pessoas começa por dizer sempre a verdade, respeitar a privacidade, proteger a confidencialidade da informação, obter consentimento para intervir e ajudar as pessoas a tomar decisões quando o solicitam. Começa por reconhecer que cada pessoa sabe melhor do que ninguém quais são os seus interesses, pelo que a sua consciência é respeitada como expressão de integridade (Beauchamp e Childress, 1994).

Coerente com esse paradigma, a redução de danos respeita a vontade da pessoa em relação ao uso de drogas, isenta-a de julgamentos ou questionamentos, reivindica seu direito à saúde, à informação e ao cuidado, humaniza o tratamento e fornece, sem nenhuma exigência ou condição, tudo o que a pessoa precisa estar o mais seguro possível, dignificar as suas condições de vida e cuidar e restabelecer a sua saúde, mesmo quando continuam a consumir.

Os objetivos não estão mais focados no consumo, mas na qualidade de vida, no bem-estar e no cuidado, modificando, na medida do possível, as condições que levam a pessoa a correr riscos e danos. É claro que a abstinência não é uma condição e a autodeterminação é um direito reconhecido em todos os momentos.

Por tudo isso, estratégias e dispositivos de redução de danos funcionam com as pessoas de onde elas estão, independentemente do estágio de motivação para a mudança que estejam passando. Têm um baixo limiar de exigência, integram-se no ambiente “natural” das pessoas que usam drogas, vão em busca dela, instalam-se no território, agindo a partir daí, comumente por meio de pares.

Hughes (2008) descreve a redução de danos como uma filosofia centrada nas pessoas que envolve as pessoas em processos de mudança de comportamento mesmo quando não estão motivadas para alcançar a abstinência, a fim de evitar comportamentos de risco. Nesse sentido, a redução de danos desafia a noção de abstinência como objetivo universal do tratamento e reivindica o valor de perseguir outros objetivos complementares, mais realistas e relevantes para muitas pessoas que, ao usar drogas, estão em risco.

Certa incompatibilidade decorre dos fundamentos, definição e padrões mínimos da CT, por se tratar de um dispositivo livre de drogas que propõe a sobriedade e a abstinência como base da recuperação. Conforme documentado, muitas CTs relaxaram sua postura em relação à medicação, incluindo terapia assistida por medicação e substituição, pelo menos nas fases iniciais. Nesses casos, aceita-se o que as evidências indicam, melhorando a adesão ao processo, a retenção e os resultados.

Embora os tratamentos medicamentosos façam parte do pacote de medidas de redução de danos¹, a abordagem vai além. Nesses casos, mais do que redução de danos, pode-se falar em redução de sofrimento, pois quando as tecnologias existem e se tem o direito de acessá-las, não há justificativa para negá-las.

De fato, a Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (WFTC) apresenta um posicionamento sobre redução de danos como parte de suas normas, ao resolver que²:

1. A abstinência é uma meta do processo na CT, mas as CTs darão voz às pessoas e a seu processo de tomada de decisão.
2. A interação com redes de serviços sociais e de saúde será baseada em concepções de tratamento voltadas para abstinência e recuperação, considerando precária a concepção de “vício” como doença incurável.
3. Estratégias como troca de seringas ou prescrição de drogas que causem dependência, sem envolver contato ou intervenção que busque

¹ Ver por exemplo: UNAIDS (2017). *Harm reduction saves lives*. En:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/harm-reduction-saves-lives_en.pdf

WHO (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, treatment and care for key populations*. En:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/harm-reduction-saves-lives_en.pdf

² Tomado de www.wftc.org - World Federation of Therapeutic Communities WFTC “Our Standards”.

melhorar a qualidade de vida das pessoas, é considerado desumano e deve ser evitado. A prescrição de medicamentos substitutos deve fazer parte de um programa voltado para a "reabilitação" da pessoa.

1. CTs tratam pessoas, não drogas. "Vício" é um sintoma de outros problemas que podem ser resolvidos assim que o uso e outros comportamentos reativos cessarem.
2. O tratamento do "vício" que ocorre nas CTs é a redução de danos. No entanto, redução de danos não é tratamento. As CTs devem aspirar a fazer parte de um sistema de tratamento integrado que inclua cuidados intramuros, extramuros e ambulatoriais, centros de dia, programas de substituição, clínicas de desintoxicação, prisões e hospitais.

Essa posição não significa necessariamente incompatibilidade com a abordagem da redução de danos, ao contrário, define o lugar que a CT e a redução de danos podem ocupar no continuum do cuidado às pessoas com TUS. No entanto, sugere que o objetivo deve ser sempre a busca pela abstinência e melhoria na qualidade de vida das pessoas, respeitando suas decisões, mas também que a redução de danos não deve se limitar a fornecer insumos ou assumir que a pessoa que sofre de TUS não pode aspirar a "uma cura", que levaria a "capitular" nos esforços para buscar a abstinência ou a recuperação.

A diferença reside então neste último aspecto, que reflete claramente as diferenças paradigmáticas subjacentes a cada abordagem. Assim, a redução de danos de uma certa perspectiva poderia ser considerada como uma forma de "capitular" ou desistir antes da recuperação ou resignar-se a viver uma vida com drogas. Em última análise, são as pessoas que decidem o que querem e precisam, e de que maneira ou em que ritmo querem atingir seus objetivos. Respeitar a vontade da pessoa é um princípio na CT, assim como na redução de danos, ambas as abordagens buscam humanizar as pessoas que usam drogas, ambas confiam na capacidade das pessoas de mudar e melhorar sua qualidade de vida, ambas consideram o papel dos pares inestimável e ambos concordam que o centro deve ser as pessoas e não as drogas.

Por sua vez, a associação internacional de redução de danos, *Harm Reduction International*, define redução de danos como "políticas, programas e práticas que buscam minimizar as consequências negativas de saúde, sociais e legais associadas ao uso de drogas, políticas e leis antidrogas". Baseia-se nos princípios da justiça e dos direitos humanos. Concentra-se na mudança positiva e trabalha sem julgamento, coerção, discriminação ou requisitos de abstinência como pré-condição para o cuidado.

Inclui várias estratégias que vão desde salas de consumo supervisionado, programas de troca de seringas, testes de substâncias, prevenção e gestão de overdose, apoio psicossocial, apoio em serviços básicos como habitação e emprego e educação em práticas de consumo de menor risco. Intervenções baseadas em evidências que demonstraram ser custo-efetivas e reduzir o impacto na saúde individual e comunitária (HRI, 2022).

Os princípios deste enfoque se resumem em:

- 1) **Respeito aos direitos das pessoas que usam drogas.** Na perspectiva da proteção dos direitos e melhoria da saúde pública, reconhece-se que as pessoas que usam drogas são cidadãos e, como tal, titulares do direito à vida, mediante a obtenção do melhor estado de saúde possível, acesso aos serviços sociais, à privacidade, estar livre de detenção arbitrária, tratamento cruel, desumano ou degradante.
- 2) **Compromisso com as evidências.** As políticas e práticas dessa abordagem são apoiadas por um corpo robusto de evidências que mostram que são viáveis, eficazes, seguras, econômicas em vários contextos sociais, culturais e econômicos, são fáceis de implementar, de baixo custo e têm impacto sobre o a saúde é positiva.
- 3) **Compromisso com a justiça social.** A redução de danos não discrimina ou exclui ninguém por qualquer motivo. As pessoas devem acessar os serviços sem percorrer rotas complexas e sem enfrentar barreiras. Eles devem ser capazes de participar ativamente de políticas e programas destinados a beneficiá-los.
- 4) **Eliminação do estigma.** A prática da redução de danos evita julgamentos morais, terminologias e linguagens que contribuem para a estigmatização das pessoas que usam drogas, pois reforçam estereótipos que prejudicam e criam barreiras de acesso aos serviços sociais e de saúde.

Preservar a vida e a saúde das pessoas que usam drogas é a motivação fundamental da redução de danos e isso é alcançado por meio de mudanças positivas que são facilitadas e não impostas. Conquistas, por menores que sejam, são reforçadas e valorizadas (HRI, 2022).

Além disso, a redução de danos oferece uma ponte com pessoas que não pensaram em abandonar o consumo por diversos motivos e que, ao acessar determinados serviços de baixa demanda, poderiam se sentir motivadas a transformar suas condições de vida e, eventualmente, reduzir ou abster-se do consumo de usar.

Em termos gerais, o que orienta esta abordagem é: o pragmatismo, o enfoque nos danos associados às práticas de consumo, a priorização de objetivos imediatos e realistas para a pessoa, a flexibilidade e diversidade de intervenções que maximizem a redução dos efeitos negativos do consumo de drogas, autonomia e avaliação (Hughes, 2008).

Poucas experiências documentadas de programas baseados em abstinência que incorporaram a redução de danos são encontradas na literatura. Um deles foi estudado e publicado pela OMS em 2006 (OMS, 2006). Foi uma comunidade terapêutica na Austrália chamada "We Help Ourselves" ou WHOS que, diante da crise do HIV, reconsiderou se deveria continuar exigindo a abstinência ou se deveria se ajustar à realidade das pessoas que pretendiam cuidar. Sem preservativos, sem seringas estéreis e sem informações sobre overdose, eles observaram as pessoas adoecerem e morrerem. (Dolan et al., 2007; WHO, 2006).

Assim, não apenas a abstinência, mas a saúde e a vida das pessoas foram colocadas como prioridade. Eles realizaram uma série de ajustes no programa, abrindo uma nova linha de intervenção intramuros e extramuros que incluiu informações sobre HIV, outras DSTs e acesso a insumos preventivos, como preservativos e seringas. Eles encontraram não apenas boa aceitação das mudanças, mas também melhora no relacionamento entre os usuários e a equipe, melhora nas taxas de retenção e conclusão do programa e redução de comportamentos de risco para o HIV. Embora a abstinência continuasse sendo o principal compromisso, eles abriram alternativas para pessoas que achavam difícil se comprometer ou manter.

Esta experiência específica é um exemplo de conciliação entre dois paradigmas aparentemente excludentes e contraditórios entre si, que conseguem se complementar, sem abandonar o ideal de recuperação e abstinência. (Dolan et al., 2007; WHO, 2006).

Segundo Hughes (2008), conseguir uma aproximação "amigável" com as pessoas favorece a construção de relações de confiança e respeito que ajudam a atraí-las e retê-las nos serviços de forma eficaz.

Embora a redução de danos possa ser entendida como uma etapa do tratamento, seu valor não se limita a isso, pois reconhece a complexidade do fenômeno do consumo e dos fatores que lhe estão subjacentes, como o trauma, a pobreza, o racismo, o isolamento e a exclusão social, discriminação, desigualdade social e estigma, muitos dos quais aumentam as condições de vulnerabilidade das pessoas que usam drogas e podem afetar diretamente sua capacidade ou interesse em iniciar um tratamento, iniciar um processo de recuperação ou permanecer nele.

Integrar uma perspectiva de redução de danos no tratamento dos transtornos por uso de substâncias psicoativas implica não apenas reconhecer o aspecto multifacetado do consumo que vai do envolvimento grave à abstinência total, mas também reconhecer que existem consumos menos arriscados do que outros. Isso também está vinculado às fases de mudança, descritas como parte do Modelo Trans teórico proposto por Prochaska e Di Clemente, pois a abordagem de redução de danos implica trabalhar com a pessoa de onde ela está no processo, mesmo que esteja em pré-contemplação, em plena recaída. Respeitando sempre o que é prioritário para a pessoa em determinada fase ou estágio de mudança.

O realismo e o pragmatismo que caracterizam essa abordagem decorrem do reconhecimento: 1) de que a abstinência total funciona para algumas pessoas, mas não para todas; 2) que exigir a abstinência para entrar ou permanecer em um tratamento pode desmotivar muitas pessoas e impedi-las de pedir ajuda de qualquer tipo e 3) que a recaída ou reincidência no consumo é muito comum também em pessoas que passaram por tratamentos baseados na abstinência (Hughes, 2008).

Segundo Hughes, o sentido da redução de danos é distorcido quando não se sabe que ela é uma abordagem integrada a um modelo assistencial que busca o equilíbrio entre a saúde pública e o direito à autodeterminação. A possibilidade de integrar esta abordagem em programas baseados na abstinência poderia ajudar na fase de estabilização, pois é claro que a abstinência raramente é alcançada da noite para o dia, que a recaída faz parte do processo de recuperação e que as evidências mostram que quando uma decisão já foi tomada sobre

próprio uso, ter alternativas de redução de danos tem pouca influência sobre se uma pessoa continua seu uso ou recaídas (Hughes, 2008).

Por seu lado, a psicoterapia de redução de danos é uma medida intermediária que se enquadra na categoria de "tratamento". Esta abordagem baseia-se na compreensão do que a pessoa pretende alcançar relativamente ao consumo de drogas, abrindo alternativas até para gerir os riscos associados, o que inclui: transições entre drogas, entre modos de administração, frequências, quantidades, circunstâncias de uso, promovendo o autocuidado, estratégias e educação sobre riscos e danos (Hughes, 2006).

No entanto, esta abordagem não se centra apenas no consumo, mas, tal como o TC, aborda a pessoa como um ser integral, aprofunda as razões subjacentes ao consumo e oferece ferramentas de gestão emocional, gestão da ansiedade, identificação e gestão dos gatilhos e benefícios que se percebem no consumo, bem como as razões pelas quais se manteve ao longo do tempo e as funções que desempenhou (ver por exemplo: Tatarsky, 2002; Denning e Little, 2011; Denning e Little, 2017).

Em suma, a postura da redução de danos é neutra, pragmática e acolhe o que a pessoa traz consigo, sem polémica, imposição ou julgamento, reconhecendo a todo momento que é ela quem conhece sua história, seu sofrimento e o lugar que a droga ocupou em sua vida.

Como a mudança não acontece da noite para o dia, o acompanhamento se ajusta ao ritmo de mudança da pessoa e de suas prioridades, confiando nos recursos com os quais ela chega, capacitando-a para retomar o controle de sua vida e decisões, recuperando seu arbítrio e priorizando o cuidado e o autocuidado cuidados para minimizar riscos e danos decorrentes de mudanças nas práticas e rituais de uso. É a aceitação incondicional, sem tentar "mudar" a pessoa ou a sua subjetividade, que caracteriza esta abordagem, aspectos que naturalmente poderiam ser entendidos de forma contrária aos fundamentos da *comunidade como método*.

Uma transição neste sentido para um programa baseado na abstinência envolverá vários processos, incluindo:

- Revisar internamente e com olhar crítico os resultados obtidos.
- Reconhecer que as pessoas buscam ajuda e tratamento, não punição.
- Reconhecer que o sofrimento e o trauma estão por trás de muitos usos problemáticos e se multiplicam com as consequências do uso, de modo que as intervenções não devem causar ou causar mais sofrimento ou trauma.
- Estabeleça se deseja abrir a opção de tratamento para pessoas que não estão preparadas para contemplar a abstinência como condição de admissão ou permanência em tratamento.
- Estabelecer se existem metas relevantes ou que tenham valor para a equipe e que não estejam necessariamente ligadas à abstinência.
- Reconhecer que as pessoas que usam drogas são únicas e diversas, por isso os tratamentos devem ser igualmente personalizados e oferecer alternativas que respondam a essa diversidade.

- Reconhecer que a moderação ou o controle do consumo é possível em muitos casos, e que os objetivos a serem perseguidos em relação ao consumo, saúde ou outras áreas da vida, devem ser definidos pela pessoa ou, em conjunto com ela, permitindo assim recuperar a agência e autonomia diante de sua vida

*Flexibilizar metas, normas, modalidades, intervenções, pois integrar a perspectiva da redução de danos implica modificar a linguagem e a narrativa em torno do uso de drogas, de quem as usa e do tipo de “tratamento” do qual você poderia se beneficiar

- Estabelecer os limites do modelo aplicado e determinar se a redução de danos pode ajudar a fechar as lacunas, fortalecê-lo ou o contrário.

- Revisar aspectos do próprio método que possam ser contrários à definição, espírito e princípios da redução de danos.
- Educar, formar e sensibilizar a equipe em torno da abordagem de redução de danos e determinar quais as implicações que a integração desta abordagem teria para o modelo e método a aplicar, e se existe vontade de fazer uma transição neste sentido, com tudo o que isso implica.

Por fim, tanto a CT quanto a abordagem de redução de danos compartilham a característica de serem ideais para o atendimento de pessoas que, além de seu consumo, apresentam condições psicológicas e sociais complexas, pessoas de alto risco e vulnerabilidade.

No entanto, para integrar a perspectiva da redução de danos, é necessário partir do reconhecimento de que o julgamento ou o risco de ser exposto a maior estigma, ou ter que enfrentar maior vergonha por práticas ou escolhas de vida, desestimula a busca de informações, aconselhamento, serviços, ajuda ou tratamento. As pessoas permanecem “às sombras”, marginalizadas e excluídas, correndo riscos que podem resultar em sérios danos à sua saúde e sobrevivência. A redução de danos, além de humanizar, dignificar, aproximar as pessoas que usam drogas e respeitar a sua vontade, busca acima de tudo salvar vidas.

Resumo de padrões internacionais no tratamento de transtornos por uso de substâncias

Contexto geral

Um esforço conjunto entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) levou à definição de padrões de tratamento para transtornos por uso de substâncias psicoativas em 2009, sua revisão e emissão em 2016 como um rascunho, a ser submetido a vários testes de campo, consultas e revisões, e sua consolidação em 2020 (WHO/UNODC, 2020).

Tais normas são consideradas universais, baseadas em evidências, integrando o mais amplo

consenso possível e definindo o que é considerado boa prática no campo do tratamento do TUS, para a obtenção de maior eficácia e consolidação de tratamentos baseados em evidências.

Esses padrões são baseados nas definições contidas na CID-11 para dependência de substâncias e transtornos por uso de substâncias como uma categoria mais ampla que inclui intoxicação, síndrome de abstinência e uma série de transtornos de saúde mental induzidos pelo uso de substâncias.

Reconhecem que a dependência de substâncias está enraizada na complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, incluindo mecanismos neurobiológicos que vão desde a vulnerabilidade genética até a interrupção de vias neurais em áreas cerebrais que regulam funções como motivação, prazer, memória e aprendizado. No nível psicológico, destacam-se os fatores familiares, entre eles, a negligência na infância, o abuso precoce e a modelagem de padrões de consumo de risco e dependência de substâncias. No nível comunitário, indicam aspectos como pobreza, deslocamento, normas favoráveis ao uso de drogas, entre outros fatores que aumentam a vulnerabilidade aos transtornos por uso de substâncias.

Somam-se a esses transtornos as condições de saúde associadas a práticas de saúde de risco, como injeções, infecções como HIV, hepatite viral, tuberculose, risco de overdose, acidentes de trânsito, outras lesões, problemas cardiovasculares e hepáticos, violência e suicídio. Tudo isso afetando a redução da expectativa de vida devido às altas taxas de morbidade e mortalidade concentradas desproporcionalmente nos jovens.

Por outro lado, as normas apontam que a relação entre transtornos por uso de substâncias e outros transtornos de saúde mental é complexa. Em alguns casos precedem o início do consumo e aumentam o risco de desenvolver transtornos por uso de substâncias, em outros são secundários ao consumo, em parte devido às alterações neurobiológicas associadas à exposição repetida a substâncias. Esses riscos aumentam quando a exposição repetida a substâncias ocorre antes de atingir a maturidade cerebral completa, que geralmente ocorre por volta dos 25 anos.

Tudo isso levou à conclusão de que é um distúrbio de saúde complexo e multifatorial que envolve mecanismos biológicos e psicossociais amplamente documentados e estudados. Na mesma linha, os avanços científicos permitiram desenvolver abordagens eficazes para o tratamento e atenção integral de pessoas com transtornos por uso de substâncias que lhes permitem mudar seu comportamento e melhorar sua saúde. A abordagem a partir de uma abordagem de saúde pública tem promovido o desenvolvimento de intervenções que reduzem os danos a curto e longo prazo experimentados por pessoas que usam drogas, e em particular aqueles que usam drogas injetáveis, prevenindo o HIV e outras infecções, por exemplo.

O crescente reconhecimento dos determinantes psicossociais, ambientais e biológicos desse transtorno, bem como de sua conseqüente complexidade, tem levado a uma mudança de percepção e ao reconhecimento da necessidade de abordá-lo com uma abordagem multidisciplinar, integral e integral, guiada pelos princípios da saúde pública. saúde e dos determinantes sociais da saúde, incluindo desvantagens e adversidades sociais que podem ser prevenidas e tratadas.

Apesar desses desenvolvimentos e do crescente consenso, o estigma e a discriminação persistem e são fenômenos que as pessoas que usam drogas e têm transtornos associados enfrentam diariamente, mesmo em ambientes de assistência à saúde. Esta situação compromete e ameaça a implementação de intervenções terapêuticas de qualidade, limita a formação dos profissionais de saúde na área, limita a expansão da oferta de serviços de tratamento e o seu financiamento. Também há resistência em reconhecer que, como indicam as evidências, esses distúrbios podem ser gerenciados pelos sistemas de saúde pública, assim como outros distúrbios de saúde, atrasando a transferência da ciência para as políticas públicas e, em última análise, a implementação de práticas baseadas em evidências (OMS/UNODC, 2020).

Em muitos países, o “tratamento” desses transtornos persiste nas mãos da justiça e dos ministérios da defesa, perpetuando a ideia de que se trata de segurança pública e não de saúde. A perspectiva biossocial tem se mostrado custo-efetiva, com bons resultados em termos de segurança pública e com amplos benefícios para as comunidades afetadas em termos de redução da criminalidade, redução do impacto na saúde pública, redução da habitabilidade nas ruas, desemprego e redução da demanda por serviços de assistência social, entre outros.

As normas também apontam a importância de reconhecer que a condição crônica e a recorrência que muitas vezes caracterizam esse transtorno requerem cuidados de longo prazo, oferecendo cuidados sustentados e gerenciamento de crises, com níveis variados de intensidade. Da mesma forma, assinalam que a natureza mutável do fenômeno exige a adaptação constante dos serviços para atender aos padrões de consumo, perfis das pessoas e problemas de saúde associados de maneira oportuna, eficaz e eficiente.

As lacunas no acesso a serviços de tratamento foram repetidamente documentadas pelo UNODC e mostram que apenas 1 em cada 6 pessoas acessa tratamento no mundo, e essa proporção por região é de 1 em 18 na África, 1 em 11 na América Latina e Europa Oriental e 1 em 3 na América do Norte.

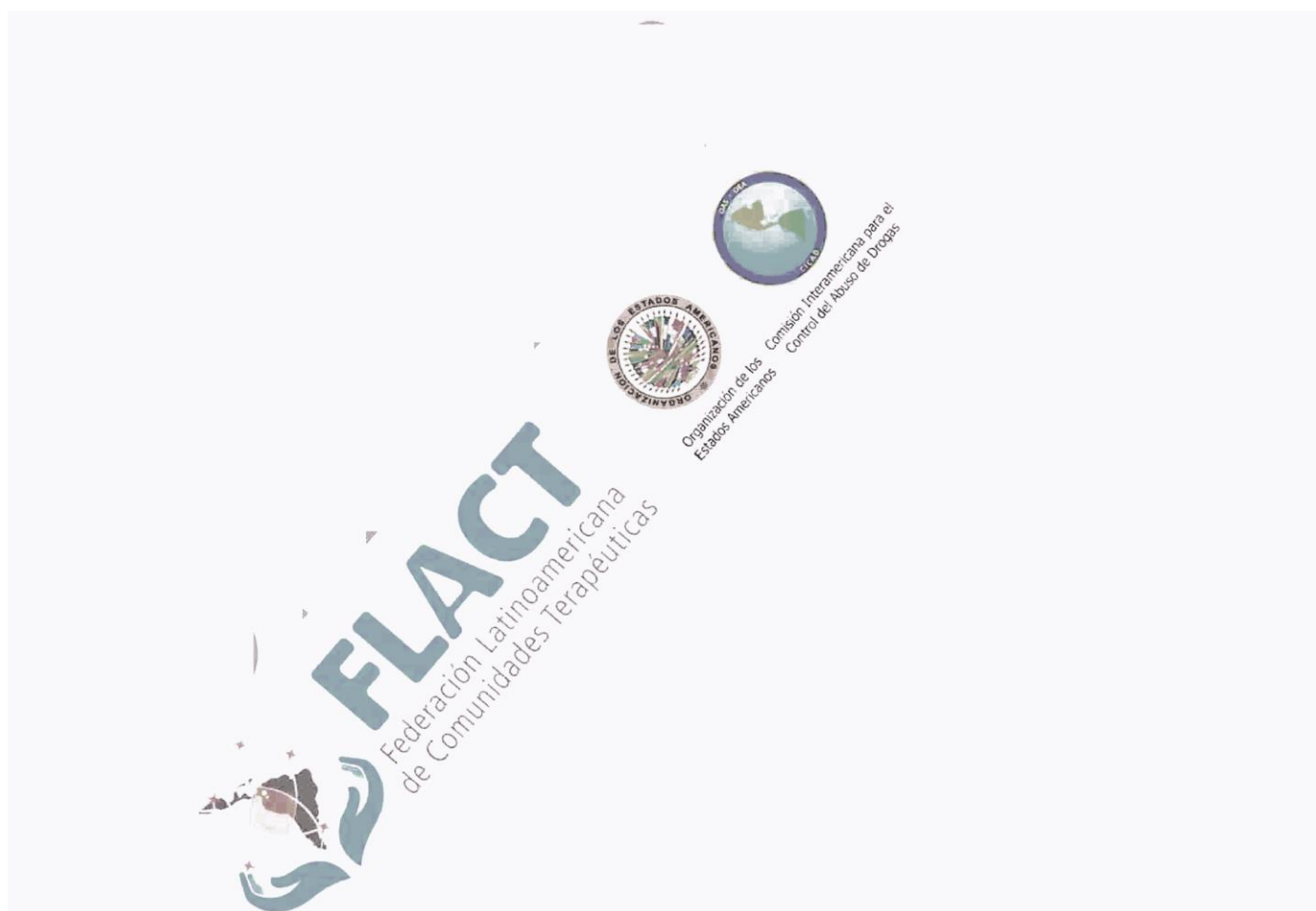
Em termos de gênero, 1 em cada 3 pessoas que usam drogas é mulher, mas apenas 1 em cada 5 pessoas em tratamento é mulher. Nas mulheres usuárias de drogas concentra-se maior carga de doenças, sendo de 25% contra 19% nos homens.

Essa realidade em números mostra que as metas de acesso universal aos serviços de saúde estão longe de serem alcançadas no caso dos transtornos por uso de substâncias, realidade incompatível com a gravidade do quadro, a carga significativa de doenças associadas e o alto custo social custos em termos de perda de produtividade, gastos com saúde, custos para os sistemas de justiça e previdência social, entre outras consequências sociais. Consequentemente, o investimento em tratamentos e serviços de cuidados eficazes e de qualidade traduzir-se-á num desenvolvimento saudável das famílias, comunidades e países.

O objetivo do tratamento no campo dos transtornos por uso de substâncias é melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas que os sofrem e o objetivo final é alcançar a recuperação mais ampla possível, abrindo espaço para metas variáveis que vão desde a suspensão ou redução do uso de drogas, melhora na saúde, bem-estar e funcionamento social, prevenção de danos futuros, redução de riscos de complicações ou recaídas.

Para além da eficácia clínica, o tratamento no terreno deve respeitar as normas de cuidados de saúde, mostrar coerência com a Declaração dos Direitos do Homem das Nações Unidas e outras convenções deste órgão, promover a autonomia pessoal e promover a segurança individual. Como qualquer outro serviço de saúde, as intervenções na área devem oferecer atendimento ético e baseado em evidências. (OMS/UNODC, 2020).

Padrões ou normas internacionais para o tratamento de transtornos por uso de substâncias definem sete princípios com seus respectivos padrões. Na ausência de uma tradução oficial em espanhol da versão 2020, apresentamos aqui um resumo.



Princípio 1: O tratamento deve estar disponível, ser acessível e apropriado

Descrição	A eficácia dos tratamentos depende em grande parte do acesso a uma ampla gama de serviços que cobrem múltiplas necessidades em cada caso. Os serviços devem ser baseados em evidências e alinhados à fase e gravidade do transtorno que a pessoa sofre. O tratamento residencial de longa duração é uma alternativa necessária, dentre tantas outras que devem ser oferecidas, sem barreiras de acesso, sem se limitar a oferecer tratamento para TUS, oferecendo suporte social, proteção social e assistência médica. É necessário garantir um ambiente amigável, culturalmente sensível e voltado para as necessidades clínicas e o momento de preparação para a mudança no cada caso, que promova a participação e admissão ao tratamento e não o iniba.
Padrões	
1.1	Prestar serviços em todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária mesmo o especializado.
1.2	Os serviços essenciais incluem: extensão, triagem, intervenções breves, farmacoterapia e atendimento psicossocial ambulatorial, gerenciamento de eventos crônicos induzidos (overdose, síndrome de abstinência), serviços de hospitalização para gerenciamento de situações críticas devido à abstinência e crises de saúde mental, serviços de atendimento residencial de longo prazo, tratamento de comorbidade em saúde mental e saúde serviços físicos e de recuperação por equipe clínica treinada.
1.3	Colegas treinados podem participar do tratamento, fornecendo intervenções direcionadas para identificar pacientes, envolvê-los, engajá-los e mantê-los no processo.
1.4	Os serviços essenciais devem ser acessíveis por meio de transporte público para pessoas em áreas rurais e urbanas
1.5	Os serviços de limiar baixo e abordagem de rua devem ser integrados no continuum de atendimento para alcançar populações ocultas que muitas vezes não são motivadas para iniciar o tratamento ou recaíram.
1.6	A continuidade do cuidado deve garantir múltiplos pontos de acesso aos serviços essencial
1.7 y 1.8	Os serviços essenciais devem estar disponíveis em horários diferentes para pessoas com múltiplas responsabilidades, devem ser acessíveis para pessoas de diferentes condições socioeconômicas e reduzir os gastos diretos para eles.
1.9	Os serviços devem oferecer apoio social, cuidados médicos gerais, gestão de condições de comorbidades que incluem cuidados psiquiátricos e cuidados para condições físicas.
1.10	Pessoas com TUS devem ter acesso a informações sobre a oferta de serviços através de diferentes mídias.

Fonte: WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing.*

Princípio 2: Assegurar padrões éticos de cuidado nos serviços de tratamento

Descrição	O tratamento do TUS deve ser baseado em padrões universais de ética na assistência à saúde, incluindo o respeito aos Direitos Humanos e à dignidade do paciente. Devem procurar atingir o melhor estado de saúde e bem-estar possível, evitando o estigma e a discriminação. Quando capazes de fazê-lo, as pessoas devem ser capazes de tomar decisões sobre o tratamento, incluindo quando começar, quando parar e o tipo de tratamento que desejam. O
------------------	---

	O tratamento não deve ser forçado ou ir contra a vontade e autonomia da pessoa. Em todos os casos, o consentimento deve ser obtido antes de qualquer intervenção. Os registros da história clínica e dos processos devem ser precisos, atualizados e garantir a confidencialidade das informações. As informações cadastradas devem ser completas e evitar qualquer omissão ou evasão dos controles de acesso à informação em saúde. Punição, humilhação ou degradação de pessoas (espancamento, acorrentamento, restrição de acesso a intervenções ou alimentos, etc.) nunca deve ser usado. A equipe deve aderir a um rígido código de ética e evitar alusões a crenças pessoais, bem como evitar qualquer tratamento degradante ou humilhante. As pessoas com SUD devem ser reconhecidas como tendo uma condição de saúde que requer tratamento, assim como aquelas com distúrbios alimentares. saúde mental ou qualquer outra condição médica.
Padrões	
2.1	Em todos os casos, os serviços de tratamento devem respeitar os Direitos Humanos e a dignidade das pessoas e evitar a todo custo intervenções que resultem humilhantes ou degradantes.
2.2	Os pacientes devem dar seu consentimento informado antes do início do tratamento e a opção de alta precoce do tratamento deve ser garantida a qualquer momento.
2.3	As informações do paciente devem ser mantidas estritamente confidenciais. É proibida a burla dos mecanismos que protegem a confidencialidade dos registros clínicos e médicos. Deve haver medidas legais explícitas, equipes de treinamento em regras e regulamentos que garantem e protegem a confidencialidade das informações.
2.4	As equipes responsáveis pelo tratamento devem ter capacitação adequada para oferecê-lo com total observância dos padrões éticos e princípios de direitos humanos e respeitar, evitando atitudes discriminatórias e estigmatizar os usuários dos serviços.
2.5	Os procedimentos devem garantir que a equipe informe completa e adequadamente cada usuário sobre os processos e procedimentos de tratamento, incluindo o direito de interromper a qualquer momento.
2.6	Qualquer pesquisa que envolva pacientes deve ser revisada e endossada por um Comitê de Ética legalmente constituído que esteja ciente das experiências de pessoas com TUS. A participação nos estudos deve ser estritamente voluntária e documentada com a assinatura de um consentimento informado em todos os casos.
2.7	Os padrões de atendimento nos serviços de tratamento devem se aplicar a todas as populações, incluindo aquelas com condições ou necessidades de cuidados especiais, sem qualquer discriminação.

Fonte: WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing.*

Princípio 3: Promover o tratamento a partir da coordenação efetiva entre o sistema de justiça criminal, os serviços de saúde e os serviços sociais

Descrição	Como regra geral, os SUDs devem ser considerados distúrbios de saúde e não comportamentos criminosos, portanto as pessoas devem ser tratadas pelo sistema de saúde e não pelo sistema de justiça criminal. Nem todas as pessoas que usam drogas cometem crimes, quando o fazem, muitas vezes são pequenas causas que levam a ações judiciais que nem sempre garantem o acesso a tratamentos. O sistema de justiça deve colaborar estreitamente com os sistemas de
------------------	---

	saúde e bem-estar social para garantir que os cuidados de saúde tenham precedência sobre a punição e a prisão. Sob condições de custódia, o tratamento deve estar disponível no ambiente prisional com padrões que evitem overdose e recaídas. Os tratamentos devem atender aos mesmos padrões daqueles disponíveis na comunidade.
Padrões	
3.1	O tratamento para SUDs deve ser fornecido predominantemente no sistema de saúde e assistência social. Para as pessoas em contacto com o sistema de justiça, o acesso ao tratamento deve ser assegurado com base numa coordenação eficaz com o sistema de saúde e segurança social.
3.2 y 3.3	As pessoas com processo-crime em curso que apresentem um SUT devem ter alternativas de tratamento criminal como opção parcial ou total à medida penal. As alternativas devem ter um marco legal que assegure esse direito.
3.4	Os tratamentos alternativos ou baseados na prisão devem ser os mesmos disponíveis fora da comunidade.
3.5	Os tratamentos no âmbito do sistema de justiça não devem ser impostos ou ir contra a vontade da pessoa.
3.6	As intervenções disponíveis devem ser abrangentes e abrangentes, contendo os serviços essenciais (princípio 1) aplicáveis neste cenário.
3.7	Equipes e autoridades judiciais devem ser treinadas para garantir que compreendam a situação, as necessidades médicas e psicossociais das pessoas com TUS e compreendam a importância do tratamento e dos esforços para recuperação.
3.8	Os tratamentos oferecidos pelo sistema de justiça devem atender aos padrões éticos e baseados em evidências, os mesmos disponíveis na comunidade.
3.9	O tratamento dos TUS e comorbidades deve ser parte integrante dos esforços de reinserção social das pessoas privadas de liberdade com TUS e assegurar a continuidade da atenção e cuidado a partir da articulação com os serviços de saúde e assistência social. Isso para reduzir os riscos de overdose, recaída ou reincidência no crime.
3.10	Esforços devem ser feitos para reduzir o fardo do estigma e prevenir a discriminação dirigida a pessoas com transtornos mentais e/ou com SUD que, enquanto no sistema de justiça, vão aos serviços de saúde.

Fonte: WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing.*

Princípio 4: O tratamento deve ser baseado na evidência científica e dar resposta específica às necessidades do indivíduo

Descrição	Os investimentos e intervenções no tratamento dos TUS devem ser orientados pelo conhecimento científico acumulado sobre o assunto. Os altos padrões exigidos para aprovar inovações farmacêuticas, psicossociais ou médicas devem ser aplicados também para o tratamento de SUDs. Qualquer intervenção farmacológica ou médica
------------------	--

	ou psicossocial deve ser apoiado por pesquisa ou por organizações reconhecidas no campo. Qualquer intervenção deve ser considerada segura, eficaz e devidamente avaliada com estudos clínicos. A duração e a intensidade devem ser baseadas em diretrizes de prática clínica baseadas em evidências. Os tratamentos devem ser definidos caso a caso para responder às necessidades e condições particulares de cada paciente, devendo ser realizados por equipes multidisciplinares que ofereçam uma resposta integral. O foco dos tratamentos deve ser orientado para atender uma condição crônica e não aguda, ou seja, a partir da lógica do cuidado de longa duração.
Padrões	
4.1	O investimento em tratamentos deve ser guiado por evidências de eficácia e custo-efetividade das intervenções.
4.2	Uma ampla gama de alternativas de intervenção e tratamento deve estar disponível em todos os níveis de atenção à saúde e de diferentes intensidades, integrando intervenções farmacológicas e psicossociais como parte do cuidado contínuo.
4.3	Os tratamentos devem ser sensíveis ao gênero, voltados para atender às necessidades das populações que atendem, respeitando as normas culturais e envolvendo os pacientes no projeto, prestação e avaliação dos serviços.
4.4 y 4.5	O pessoal de saúde da atenção primária deve ser treinado na identificação do consumo, no diagnóstico do transtorno, de outras comorbidades e no manejo adequado. O tratamento em nível primário deve ser apoiado por serviços especializados em casos de alta gravidade ou com comorbidades de saúde física ou mental.
4.6 y 4.8	Todo programa deve ter, sempre que possível, equipes multidisciplinares treinadas para fornecer serviços baseados em evidências para TUS. No mínimo, eles devem ser competentes em medicina, psiquiatria, psicologia clínica, enfermagem, serviço social e aconselhamento. É importante que envolvam funcionários com experiência de vida no campo e que estejam em recuperação. A formação da equipe deve ser contínua e incluir diferentes níveis de escolaridade, tanto universitários quanto de formação continuada.
4.7	A duração do tratamento, o plano de tratamento e a possibilidade de modificação eles devem ser ajustados às necessidades clínicas de cada pessoa no processo.
4.9 y 4.10	É necessário manter as diretrizes de tratamento atualizadas de acordo com as novas evidências que surgem em termos de eficácia, conhecer as necessidades dos pacientes e usuários dos programas e realizar pesquisas avaliativas. Também é conveniente que os tratamentos avaliem seu desempenho com outros programas que são comparáveis.
4.11	O desenvolvimento de novas intervenções deve ser conduzido por meio de ensaios clínicos e ter o aval de um comitê de ética legalmente constituído.

Fonte: WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing.*

Princípio 5: Dar resposta às necessidades especiais, diferenciais e específicas de grupos e subgrupos populacionais

Descrição	<p>A diversidade de subgrupos de pessoas com TUS requer consideração especial, atenção relevante e especializada. Os grupos com necessidades especiais incluem, mas não se limitam a: mulheres e grávidas, crianças e adolescentes, idosos, grupos étnicos, migrantes, profissionais do sexo, pessoas com identidade de gênero e orientação sexual diversa, pessoas com baixo nível educacional, com comorbidades, em contacto com a justiça e todos os que necessitem de apoio na segurança social como as pessoas que vivem na rua ou os desempregados. Os planos de tratamento devem ser adaptados às necessidades específicas e considerar fatores específicos de vulnerabilidade, bem como o estigma.</p> <p>Crianças e adolescentes não devem receber tratamento no mesmo ambiente que os adultos e os serviços devem incluir saúde, educação e assistência social em um esquema colaborativo com famílias, escolas e serviços sociais. As mulheres podem requerer proteção especial e atenção adaptada à violência que possam ter sofrido, assim como seus filhos, portanto, é necessária a coordenação com os serviços de proteção. Para obter o máximo benefício, eles podem exigir ambientes exclusivos para eles e fornecer serviços de saúde sexual e reprodutiva e apoio nas habilidades parentais.</p>
Padrões	
5.1	A prestação de serviços a populações com necessidades especiais requer protocolos que reflitam como essas necessidades são atendidas.
5.2, 5.3 y 5.4	Os programas para crianças, adolescentes e mulheres devem ser diferenciados para obter os melhores resultados. Isso inclui instalações, ambiente, equipe humana, planos diferenciados. No caso de grupos minoritários, eles devem ser sensíveis às normas culturais, garantindo que não haja barreiras com intérpretes e mediadores.
5.5	A assistência social e os pacotes de apoio devem ser integrados nos tratamentos para pessoas em condições de vida precárias, como sem-abrigo ou desempregados.
5.6	Serviços de extensão na rua e trabalho extramuros devem ser implementados para estabelecer contato com pessoas que não procuram os serviços devido ao estigma e à marginalização.
5.7	São necessários esforços para reduzir o fardo do estigma, as barreiras estruturais ao tratamento e medidas que promovam a autoeficácia das pessoas com SEU.

Fonte: WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing.*

Princípio 6: Assegurar a boa governança clínica nos tratamentos e programas

Descrição	<p>A boa qualidade e eficácia dos tratamentos assenta na disponibilidade de métodos de responsabilização e governação clínica. Programas, políticas, procedimentos e mecanismos de coordenação devem ser claramente definidos e conhecidos por todos os membros do programa, incluindo usuários e funcionários administrativos. Devem refletir o que é indicado pelas evidências e responder às necessidades do usuário.</p> <p>Medidas de suporte devem estar disponíveis para as equipes de saúde para garantir a prestação constante de serviços de qualidade.</p>
Padrões	
6.1	Os programas e planos de tratamento devem ser formulados de acordo com as diretrizes governamentais e outras autoridades, com base nos princípios de cobertura universal, na melhor evidência disponível e desenvolvidos com a participação das partes interessadas, pacientes, familiares, membros da comunidade e organizações não governamentais.
6.2	As políticas e protocolos de tratamento devem ser explícitos e por escrito, ser de conhecimento de toda a equipe e orientar a oferta do tratamento e cada uma das intervenções.
6.3	A equipe que oferece serviços especializados em SUD deve ser qualificada, certificada, receber treinamento contínuo baseado em evidências, receber suporte para o desenvolvimento de seu trabalho e receber supervisão clínica. Medidas de supervisão, orientação, proteção e segurança devem ser definidas para evitar o esgotamento.
6.4	Políticas e procedimentos para recrutamento de pessoal e para avaliação do desempenho de as equipes devem ser articuladas e conhecidas por todos os envolvidos.
6.5	Os programas devem assegurar sua sustentabilidade e estabilidade financeira, definir mecanismos de prestação de contas, e os orçamentos devem contemplar a educação continuada das equipes e a avaliação da qualidade e desempenho dos Serviços.
6.6	Os serviços devem se articular e trabalhar em rede com todos os níveis de atenção em serviços de saúde, sociais e outros necessários para garantir o cuidado integral dos pacientes.
6.7	Os sistemas de informação do usuário e seus registros devem estar alinhados com indicadores internacionais para garantir a transparência e continuidade do tratamento e cuidados contínuos, respeitando o sigilo das informações.
6.8	É necessário revisar periodicamente o programa, regras e procedimentos e implementar mecanismos de feedback, auditoria, monitoramento e avaliação (incluindo feedback do usuário).
6.9	Padrões de uso de drogas, consequências sociais e de saúde, comorbidades de saúde física e mental devem ser monitorados regularmente e os resultados disponibilizados para melhorar o planejamento e a governança de drogas. Serviços.

Fonte: WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing.*

Princípio 7: Assegurar um enfoque de tratamento integral e integrado com serviços complementários que tenham monitoramento e avaliação constantes

Descrição	<p>A resposta a um problema de saúde complexo e multifacetado exige o desenvolvimento de sistemas de tratamento abrangentes. Nenhuma modalidade de tratamento pode oferecer cuidados e atenção adequados a todas as pessoas, a resposta deve ser holística e desenhada para responder às necessidades individuais e, sempre que possível, integrar a prestação coordenada de serviços de cuidados psiquiátricos, psicológicos e de saúde mental, serviços sociais e outros como moradia, educação para o trabalho, emprego e assistência jurídica, bem como atendimento especializado e tratamento de condições como HIV, outras infecções e outras comorbidades físicas.</p> <p>É preciso monitorar, avaliar e adequar constantemente o tratamento, baseado no planejamento multidisciplinar e prestação de serviços de forma lógica, sequencial e consistente com políticas, levantamento de necessidades, planejamento, implantação e avaliação dos serviços, resultados e melhoria da qualidade.</p>
Padrões	
7.1	Os tratamentos devem ser individualizados, holísticos e integrados, em coordenação com serviços complementares dentro e fora do setor saúde.
7.2	É preciso implementar e fazer esforços operativos de articulação com serviços preventivos, de tratamento e de redução de danos sociais e de saúde.
7.3	É preciso articular esforços e trabalhar de forma integrada com famílias, comunidades, serviços sociais, justiça, atenção básica e serviços especializados, zelando pelo sigilo das informações.
7.4	O planejamento dos serviços deve estar de acordo com a extensão e natureza do problema, bem como as características da população que os requer.
7.5	É necessário estabelecer mecanismos eficazes de coordenação entre os níveis nacional, regional e local entre agências de diferentes setores e suas responsabilidades pela prestação de serviços de tratamento.
7.6	Padrões de qualidade devem ser definidos e mecanismos criados para garantir sua conformidade e acreditação.
7.7	Cada serviço deve implementar mecanismos de governança clínica, monitoramento e avaliação, transparência e acompanhamento constante da saúde e bem-estar de cada um usuário, bem como avaliações externas periódicas.
7.8	Informações sobre o número, tipo e distribuição dos serviços disponíveis, sua cobertura e utilização, devem ser monitorados para informar o planejamento e programação, com base nas necessidades.

Fonte: WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing.*

Os programas residenciais e de longa duração são categorizados, de acordo com padrões internacionais, como tratamentos especializados. Têm uma duração mínima de três meses ou mais, dependendo das necessidades de cada caso. Quando a duração e a intensidade do tratamento

são adequadas, melhoram as possibilidades de internalizar e consolidar as mudanças alcançadas e mantê-las. A duração da estada deve ser ajustada caso a caso.

Esses tratamentos oferecem serviços para pessoas com SUD, que vivem em um ambiente comunitário com outras pessoas com condições semelhantes. Ao fazê-lo, comprometem-se explicitamente a abster-se de consumir álcool ou outras substâncias psicoativas, a residir no local e a participar em rotinas diárias intensivas.

Os programas oferecem uma diversidade de intervenções que ocorrem em diferentes espaços, nomeadamente: reuniões/assembleias comunitárias, trabalhos de grupo, intervenções psicossociais individuais, grupos de autoajuda e ajuda mútua, participação ativa na vida comunitária, desenvolvimento de competências para a vida e formação profissional. A admissão a esses programas geralmente requer aceitação explícita das regras e regulamentos do ambiente de tratamento.

O tratamento residencial difere de outros serviços de abrigo ou internato que não oferecem tratamento, embora as pessoas possam frequentar os programas de tratamento em nível ambulatorial. Também diferem dos centros de tratamento ou detenção compulsórios, nos quais as pessoas são confinadas involuntariamente e raramente ocorre um processo de avaliação, diagnóstico ou tratamento com padrões éticos. (WHO/UNODC, 2020).

A condição “livre de drogas” dessas configurações terapêuticas ajuda a isolar as pessoas de ambientes caóticos e estressantes, reduz a exposição a gatilhos e sugestões que levam ao uso, ajudando a manter a abstinência e avançar para a recuperação. Os programas mais tradicionais oferecem apenas atendimento psicossocial, as abordagens modernas incluem medicamentos para reduzir os desejos e controlar os sintomas de comorbidades de saúde mental (WHO/UNODC, 2020).

De acordo com as normas internacionais, os programas residenciais e de longa duração, nos quais se inserem comunidades terapêuticas, devem ter em conta em cada fase e componente:

Admissão:

- Independentemente dos critérios de admissão variáveis, que devem ser claramente descritos, o pedido de admissão deve ser voluntário e com consentimento explícito e por escrito.

- As pessoas que aspiram a iniciar o tratamento devem conhecer previamente o programa, a sua filosofia, os objetivos, os métodos que implementa e as regras.

Deve conhecer as suas obrigações e direitos em matéria de privacidade, não discriminação e confidencialidade, bem como a relação das equipas de atendimento, regulamento de visitas e comunicação com o exterior, bem como aspetos administrativos, custos e formas de pagamento.

Todas essas informações fazem parte das políticas de admissão do programa e devem fazer parte de um contrato assinado pelas partes que inclua as expectativas da pessoa em relação ao programa e seus objetivos individuais.

- Nos casos de não adesão ao programa, os motivos devem ser explicados verbalmente e por escrito, oferecer alternativas de encaminhamento para outros provedores, sem violar o direito ao sigilo.

O pessoal encarregado da avaliação inicial deve contar com uma rede de recursos previamente constituída e conhecida, a fim de poder encaminhar adequadamente a pessoa para a rede alternativa.

- Todos na equipe devem ter uma compreensão completa dos procedimentos, políticas, regulamentos e os casos são seus objetivos individuais. -

Avaliação:

- A avaliação deve ser realizada por pessoal competente para realizar uma avaliação integral, ampla e aprofundada dos aspectos psicossociais e médicos que permita conhecer as necessidades individuais de cada caso e a pertinência do programa.

Em casos que apresentem condições significativas de saúde física ou mental, deve-se decidir se a pessoa deve ser encaminhada para atendimento especializado, o que requer consentimento por escrito.

- O início da relação terapêutica ocorre em um encontro inicial que permite que a equipe conheça o caso e a pessoa conheça o programa residencial, isso permitirá que as decisões de admissão sejam tomadas pela pessoa e a admissão por parte da equipe.
- Uma vez obtido o consentimento informado para a admissão voluntária, as necessidades individuais e os esquemas de medicação devem ser discutidos com as agências de referência ou com o médico assistente. Isso inclui a definição de um plano para o manejo da síndrome de abstinência, se necessário.
- O plano de tratamento individual deve ser baseado em uma avaliação abrangente, que deve incluir procedimentos e instrumentos padronizados, como o ISA Addiction Severity Index, entre outros.
- As áreas mínimas a serem avaliadas são: história anterior de tratamento de curto e longo prazo e percepções sobre isso, estado geral de saúde, deficiências, saúde mental, incluindo história de trauma e abuso, violência e risco de suicídio, funcionamento psicológico e interpessoal, atual condições de vida e redes de apoio, vida familiar, relações de casal, filhos dependentes, amizades, redes subjetivas, educação, emprego, história escolar e laboral, nível de formação profissional, necessidades vocacionais, fontes de renda (legais e outras), problemas legais, atividades de lazer e interesses.
- A avaliação é um processo contínuo que é complementado ao longo do tempo. Algumas

áreas precisarão ser reavaliadas após um período de abstinência, lembrando que a intoxicação e o desconforto da abstinência podem influenciar no diagnóstico, no entendimento completo da natureza do programa inserido e do que ele exige e até no consentimento. A vida em comunidade e a interação com equipes e pares permite a identificação de traços de caráter, personalidade e funcionamento que são úteis para determinar com mais precisão o tratamento individualizado.

Compromisso com o programa de tratamento:

- Os níveis de motivação e comprometimento com o programa podem influenciar positivamente os resultados. As variáveis que podem afetar a retenção são: grau de motivação para o tratamento, níveis de uso de substâncias antes da internação, histórico de contato com a justiça, força do vínculo terapêutico, percepção de utilidade e funcionalidade do tratamento, cordialidade e empatia por parte da equipe assistencial.
- Nas primeiras três semanas, o risco de abandono ou recaída é maior, pelo que se deve ter especial atenção ao tratamento e intervenção individualizados para aprofundar a motivação para a permanência no processo, entendendo que o desconforto psicológico pode ser intenso nas fases iniciais, com sintomas como insônia, ansiedade, irritabilidade e vontade de consumir. A ambivalência é natural nesses estágios iniciais e isso pode influenciar a adaptação às normas do programa.
- Para lidar com a ambivalência e melhorar a motivação, deve-se: oferecer um ambiente empático, caloroso e compreensivo; criar desde cedo uma aliança terapêutica baseada na confiança; responder em tempo hábil aos pedidos de ajuda da pessoa; informar claramente a filosofia, expectativas, abordagens terapêuticas, retenção, resultados de saúde e dificuldades comuns que surgem nas fases iniciais do processo; abordar as preocupações e prioridades imediatas da pessoa antes do próprio programa.
- As primeiras 72 horas exigem acompanhamento constante e a atribuição de um par de operadores para acompanhar.
- Definir um plano realista e individualizado que reflita as necessidades e seja suficientemente flexível para se adaptar ao processo e evolução de cada caso.
- Reconhecer e tolerar a heterogeneidade de determinadas pessoas em processos e intervenções grupais.
- Crie uma atmosfera de cuidado, respeito e apoio, reconhecendo que o confronto pode levar a sentimentos de raiva e abandono precoce do processo.

- Orientar e informar sobre os desafios do processo de mudança ajuda a dar certeza e a criar credibilidade no processo.
- Desenvolver estratégias motivacionais centradas no caso individual.

Intervenções terapêuticas:

- Os programas residenciais de alta complexidade que atendem pessoas com comorbidades devem oferecer atendimento médico e psiquiátrico, além do restante das intervenções listadas abaixo.

- Tratamentos residenciais de longo prazo são geralmente ambientes “livres de drogas” nos quais:

o Atendimento psicossocial individual, terapia individual e terapia de grupo
 o Intervenções de reforço e aquisição de habilidades para a vida
 o Grupos de autoajuda e ajuda mútua
 o Reuniões e assembleias regulares
 o Apoio de pares
 o Trabalho em grupo sem confronto, grupos específicos de gênero
 o Tratamento assistido por medicamentos sob supervisão médica, quando necessário
 o Formação profissional e educação para o trabalho que inclui aconselhamento para preparar o processo de reinserção
 o Programas estruturados de prevenção de recaídas
 o Lazer e atividades recreativas
 o Intervenção e terapia familiar
 o Técnicas de gestão emocional, entre outras.

- Como em qualquer outro ambiente terapêutico, deve-se evitar o confronto verbal ou técnicas que humilhem ou constrangem, bem como procedimentos punitivos, contenção física ou qualquer outra intervenção que comprometa a segurança e a dignidade da pessoa.
- Os métodos terapêuticos com maior suporte de evidências são: terapia cognitivo-comportamental, gerenciamento de contingência, terapia e intervenções motivacionais, terapia familiar e de casais, treinamento de habilidades sociais, prevenção de recaídas.
- Outras intervenções terapêuticas que podem apoiar o processo de recuperação e ajudar a explorar interesses ainda no processo de reintegração são: arteterapia, terapia criativa, terapia do movimento, técnicas de meditação, relaxamento e atividade física, entre outras.

Documentação e confidencialidade:

- Todos os registros físicos ou eletrônicos de informações do paciente devem ser mantidos em local seguro, com acesso exclusivo às pessoas da equipe responsável pelos tratamentos.
- A documentação mínima inclui: consentimento informado assinado e concordância com os regulamentos do programa; acordo sobre políticas de confidencialidade e ética assinado; avaliação do caso de cada usuário; plano de tratamento e gerenciamento de caso para cada usuário; atualizações regulares e registro com detalhes de progresso e mudanças no plano de tratamento; registro de alta e plano de acompanhamento com um resumo detalhado do tratamento individual.

Alta e seguimento:

- Muitas pessoas precisam de cuidados psicossociais e farmacológicos contínuos após a alta do programa residencial de longo prazo. É necessário definir um plano de encaminhamento para outros provedores ou cuidados continuados no próprio programa.
- Antes da alta é necessário avaliar a situação de saúde física e mental; motivação para acompanhamento e cuidado contínuo; o plano de reintegração que inclui emprego, desenvolvimento vocacional, educação para facilitar o retorno à comunidade; a aquisição e aperfeiçoamento de competências de gestão emocional; o plano de prevenção de recaídas baseado na identificação e gestão dos gatilhos; a capacidade de tecer redes renovadas de apoio e cuidado; e a capacidade de desenvolver novos interesses e atividades de gerenciamento de tempo de lazer que apoiem a recuperação contínua.
- Oferecer um processo de apoio na transição é fundamental, permitindo mais tempo para ficar no exterior ou poder retornar e manter contato com o programa.

Equipe terapêutico assistencial:

- O atendimento ideal geralmente requer uma equipe multidisciplinar e voluntários.
- Comunidades terapêuticas e outros tipos de programas de longo prazo requerem algum grau de supervisão médica que inclua profissionais de saúde mental em psiquiatria, permanentes ou disponíveis várias vezes por semana.
- Programas que atendem pessoas com comorbidades graves em saúde mental devem contar com equipe médica psiquiátrica permanente, 24 horas por dia.
- Conselheiros, terapeutas, pessoal de enfermagem e assistente social devem estar presentes no programa permanentemente.
- Pessoas em recuperação e ex-residentes que trabalharam anteriormente em outros programas de tratamento, receberam treinamento como conselheiros ou

terapeutas de grupo e supervisão profissional podem oferecer um modelo e um acompanhamento valioso para as pessoas em tratamento.

- Para os profissionais que estão começando seu trabalho em um programa residencial de longo prazo, é aconselhável familiarizar-se com a vida no programa passando algum tempo no programa antes ou imediatamente após ingressar.

Considerações sobre a segurança:

- Os programas de tratamento devem garantir condições de segurança física e psicológica para residentes e equipes terapêuticas, bem como um ambiente favorável ao aprendizado e crescimento pessoal.
- As instalações e infraestruturas físicas devem possuir condições mínimas que garantam segurança, aconchego e uma vida digna em comunidade, diferenciando-as de uma prisão ou de um hospital, sem que isso implique a suspensão de regimes de tratamento médico e de saúde mental devidamente prescritos e supervisionados. Estes não devem ser descontinuados sem supervisão médica adequada.
- Os medicamentos devem ser armazenados, administrados e dispensados, seguindo os padrões exigidos para controle e prescrição de medicamentos.
 - As políticas de controle para garantir um ambiente “livre de drogas” devem ser explícitas, bem como os procedimentos em casos de descumprimento.
- Devem ser definidos protocolos de denúncia e gestão proporcional de incidentes de segurança, abuso de poder, violência ou abuso físico ou sexual.
- Devem ser definidos procedimentos para o tratamento das visitas, em termos de acompanhamento e supervisão, especialmente nas fases iniciais do processo.
- Nos casos de suspensões, expulsões ou dispensas voluntárias, a pessoa deve ser orientada sobre os riscos de recaída, overdose e seu manejo, bem como oferecer informações sobre alternativas de cuidados e tratamento, apoio ou solicitação de ajuda quando necessário..

Indicadores de efetividade:

- Além dos aspectos que precisam ser avaliados antes da alta do programa residencial, a eficácia pode ser avaliada com base em indicadores de processo que contabilizam os serviços oferecidos e as metas que a pessoa conseguiu cumprir durante sua permanência e medidas objetivas de longo prazo resultados de longo prazo para a pessoa após a alta do programa. Entre eles:
 - Proporção de pessoas que completam o plano de tratamento
 - Proporção de pessoas que receberam acompanhamento, cuidados continuados e atividades de gerenciamento de recuperação após a alta
 - Proporção de pessoas que, tendo concluído o plano de tratamento, permanecem abstinentes após acompanhamento em intervalos regulares (a cada seis meses, por exemplo).

- Vale lembrar, como afirmado neste guia, que os indicadores de progresso e recuperação devem ir além da abstinência e ser sensíveis a aspectos subjetivos de progresso em bem-estar, qualidade de vida, emprego, integração e envolvimento comunitário, entre outros. Aspectos que integram o processo nas comunidades terapêuticas como modelo.

Resumo de requerimentos para os programas/serviços residenciais de longo prazo

1. O serviço possui um programa terapêutico estruturado e planejado
2. Todo usuário passa por um processo de avaliação abrangente
3. Cada pessoa tem um plano de tratamento escrito, baseado nos resultados do avaliação, que é constantemente atualizada
4. Cada pessoa participa de um programa estruturado e consistente de atividades individuais e grupo diário
5. O serviço garante o manejo clínico adequado de cada caso, baseado em evidências
6. Os privilégios são definidos de forma clara e racional e são conhecidos por todas as pessoas
7. O serviço assume a responsabilidade de manter e melhorar a saúde geral das pessoas quem está no comando
8. Existem protocolos escritos para a gestão de esquemas de tratamento e medicação
9. O serviço está equipado para preparar os residentes para uma vida independente e autônomo após a alta
10. O serviço atende a padrões mínimos de qualidade e infraestrutura que garantem a segurança e condições dignas de vida para os residentes
11. As situações que levam à suspensão ou afastamento do tratamento são claramente definidas e nos casos de altas voluntárias ou involuntárias, indivíduos e famílias são encaminhados para vias cuidados alternativos e ajuda
12. O serviço tem um código deontológico que orienta o exercício profissional dos voluntários e operadores de pares e, idealmente, tem uma comissão externa que ajuda a monitorizar e prevenir situações de abuso de poder
13. Existem protocolos definidos para lidar com situações de risco de segurança, violência, envenenamento, tentativas ou risco de suicídio
14. Existem condições de segurança e bem-estar para os residentes e para a equipa terapêutica e protocolos para lidar com situações que colocam a segurança em risco
15. A alta responde ao progresso da pessoa em seu plano individual e processo de recuperação
16. Qualquer violação de direitos fundamentais e confidencialidade é denunciada, registrada e ação é tomada imediatamente
17. Informações pessoais e registros médicos são mantidos sob custódia
18. O tratamento para SUD é especializado para o qual existe pessoal qualificado, com credenciais e licenças que permitem fornecê-lo
19. O tratamento dos sintomas de abstinência e o tratamento medicamentoso devem ser estar integrado em tratamento psicossocial, ter acompanhamento médico rigoroso e gestão diferenciada por tipo de substância ou substâncias envolvidas na dependência.

Padrões mínimos de boas práticas na comunidade terapêutica

Várias diretrizes, declarações e normas foram emitidas por diferentes organizações para orientar as boas práticas em comunidades terapêuticas dedicadas ao tratamento de transtornos por uso de substâncias psicoativas. Conforme indicado na introdução deste guia, a intenção é oferecer um resumo daqueles aspectos mínimos que constituem boas práticas no modelo e que, como se verá, apresentam total correspondência com os padrões internacionais descritos em detalhes no capítulo anterior.

Os principais instrumentos disponíveis correspondem aos emitidos pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (WFTC), a Comunidade de Comunidades (C of C do Reino Unido), a Declaração de Maiorca (WFTC) e os do Centro de Monitoramento da Comissão Europeia sobre Drogas e Abuso de Drogas (EMCDDA).

Padrões da Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (wFTC)

Declara	Uma chamada para uma abordagem holística para a cura que inclui todas as disciplinas: médica, psiquiátrica, serviços sociais, bem como pessoal treinado em TC para entrega de serviços.
Declara	As CTs representam um tipo de tratamento voltado principalmente para a recuperação do uso de drogas, por meio do crescimento pessoal, que exige a abstinência de substâncias psicoativas, inclusive medicamentos prescritos que são usados ilegalmente.
Padrões	Os membros do WFTC devem:
1.	Reconhecer os direitos humanos e civis de todas as pessoas vinculadas ao TC, definindo explicitamente os direitos, privilégios e responsabilidades de utentes, utentes e equipas terapêuticas.
2.	Conceda a cada pessoa dentro da CT o direito de estar livre de ameaças ou abuso de poder por parte de qualquer membro individual ou grupo.
3.	Declare explicitamente a filosofia e os objetivos do programa.
4.	Adotar regulamentos para seu TC que protejam contra a revogação aparente ou real de leis locais ou nacionais.
5.	Funcionar em ambientes que oferecem o máximo de oportunidades para o desenvolvimento físico, espiritual, emocional e estética, bem como a segurança de todos os seus membros.
6.	Facilitar a estrutura de uma comunidade baseada na integridade, boa vontade e humanidade de todos os seus membros em que a dignidade das pessoas é o valor prioritário.
7.	Treinar e fornecer supervisão adequada à equipe terapêutica.
8.	Prestar contas gerenciais transparentes a um executivo externo ou comitê comunitário em reuniões anuais periódicas que permitem a supervisão e o desenvolvimento responsável das atividades do programa e das instalações.

9.	Produzir um relatório anual de auditoria financeira autorizado pelos membros do executivo externo ou comitê comunitário.
Declara	O WFTC exige que seus membros cumpram os padrões e objetivos para pedidos de associação ou renovações e conformidade com os critérios regulatórios estabelecidos. pela federação.

Fonte: WFTC. Our Standards.

A base das boas práticas em CTs está sintetizada na Declaração de Mallorca 2016, que estabelece os compromissos e princípios gerais que orientarão aspectos de sua operação e funcionamento até 2026.

O primeiro dos princípios mencionados refere-se ao compromisso com as convenções universais dos direitos humanos e os objetivos do desenvolvimento sustentável. A segunda reitera a importância da pesquisa e das práticas baseadas em evidências. A terceira aponta para a ampla participação e consenso que levaram à Declaração. A quarta destaca a especificidade, clareza, realismo e viabilidade do que propõe. Por fim, explicita-se a vontade de assegurar ampla divulgação do consenso entre os diversos setores interessados.

Da Declaração³ se destaca:

- 1) A necessidade de adequar as intervenções às necessidades dos utentes e à sua diversidade cultural, económica, social e religiosa.
- 2) Priorizar e reforçar a integração da perspectiva de género no tratamento.
- 3) Reforçar a monitorização "para melhoria" da reinserção social e reduzir os episódios de recaída.
- 4) Destacar o papel da família e demais redes sociais durante o tratamento e incentivá-los a se comprometer e se envolver durante o processo.
- 5) A exigência de equipas interdisciplinares de profissionais "que incluam profissionais com experiência de vida" para abordar a complexidade do problema numa perspectiva biopsicossocial. A equipa do CT deve ser identificada com profissionalismo, vocação de serviço e paixão por ajudar as pessoas.
- 6) O pessoal deve ter formação e formação contínua, tutoria, cuidados e supervisão externa, zelando pelo bem-estar e minimizando o risco de esgotamento ou "burnout".
- 7) A liderança deve ser dinâmica, inspiradora e ao serviço da comunidade, tal liderança evolui para o organizacional e deve renovar-se de forma criteriosamente planeada.
- 8) A transparência e a prestação de contas devem ser pilares da atuação dos TCs, pois contribuem para a obtenção e manutenção da credibilidade.

3 WFTC, WFTC Institute, Projecthome y Asociación Proyecto Hombre (2016). *Declaración de Mallorca*.

9) Chamada para o desenvolvimento de pesquisas de qualidade que ofereçam evidências, bem como estudos e publicações de custo-efetividade que contribuam para a sustentabilidade das CTs e demonstrem o valor do modelo entre os grupos de interesse.

10) Um apelo ao alargamento e diversificação das fontes de financiamento, ao reconhecimento do papel que desempenham na resposta aos problemas relacionados com o consumo de drogas e outros comportamentos aditivos, destacando o papel que desempenham "na luta contra a estigmatização da população toxicodependente".

11) A presença e promoção do "movimento das CTs" será reforçada em eventos e fóruns internacionais, o que inclui a sensibilização "sobre as consequências nefastas da toxicodependência" nas redes sociais, apoiando assim a divulgação para tornar mais visível a eficácia do modelo.

**Valores fundamentais da Comunidade de Comunidades (C of C)
que definem a prática e o enfoque das CTs**

Vínculo	Construir laços saudáveis é uma exigência evolutiva de tudo. ser humano e deve ser entendido como um direito humano fundamental
Contenção	Desenvolvimento pessoal, crescimento e mudança requerem ambientes que oferecem segurança, contenção e suporte
Respeito	As pessoas precisam se sentir valorizadas e respeitadas pelos outros para serem saudáveis. Cada pessoa é única e ninguém deve ser definido ou descrito apenas por seus problemas.
Comunicação	Todo comportamento tem um significado e manifesta algo que merece ser entendido.
Interdependência	O bem-estar pessoal surge da própria capacidade de construir relacionamentos que reconheçam uma necessidade mútua.
Relações	Compreender como se estabelecem as relações com os outros e dos outros consigo mesmo favorece a construção de melhores relacionamentos íntimos, familiares, social e trabalhista.
Participação	A capacidade de influenciar o ambiente e as relações com os outros é necessária para o bem-estar pessoal. Envolver-se na tomada de decisões é necessário para participar, assumir responsabilidades e desenvolver o senso de pertencimento.
Processar	Não existe uma resposta única ou correta, é útil refletir antes de agir reativa e imediatamente.
Avaliação	Viver experiências positivas e negativas é necessário para a evolução e desenvolvimento saudável de indivíduos, grupos e comunidades.
Responsabilidade	Cada indivíduo é responsável pelo grupo e o grupo, por sua vez, tem um responsabilidade coletiva com todos aqueles que a integram.

Fonte: Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement. *The Development of Core Standards and Core Values for Therapeutic Communities*, 2008.

Padrões fundamentais das CTs
(Comunidade de Comunidades - C of C)

1. A comunidade se reúne regularmente
2. A comunidade reconhece a conexão entre a saúde emocional e a qualidade dos relacionamentos
3. A comunidade define claramente os limites, as regras e os mecanismos para aplicá-los, e está aberto para revisão
4. A comunidade tolera certos riscos para trazer mudanças positivas
5. Os membros da comunidade criam um ambiente seguro para o trabalho comunitário
6. Os membros da comunidade consideram e discutem suas atitudes e sentimentos uns com os outros
7. O poder e a autoridade nas relações interpessoais são usados com responsabilidade e são aberto a questionamentos
8. Os membros da comunidade assumem vários papéis e níveis de responsabilidade
9. Os membros da comunidade compartilham o tempo em atividades formais e informais
10. As relações entre as pessoas da equipe terapêutica e os residentes são caracterizadas pela informalidade e respeito mútuo
11. Os membros da comunidade tomam coletivamente decisões que influenciam o operação comunitária
12. A comunidade tem liderança efetiva que apoia seus processos democráticos
13. Todos os aspectos da vida estão sujeitos a discussão na comunidade
14. Todo comportamento ou expressão emocional está sujeito à discussão da comunidade
15. Cada membro da comunidade tem uma responsabilidade compartilhada em relação aos outros membros da comunidade.

Fonte: Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement. *The Development of Core Standards and Core Values for Therapeutic Communities*, 2008.

O questionário de Escala para os Elementos Essenciais das CTs (SEEQ)

Em 1999, Melnick e De León (citado por Vanderplasschen et al., 2014) desenvolveram o SEEQ com base na estrutura teórica do modelo TC definido por De León em 1995. Sua proposta surgiu em resposta a crescentes preocupações sobre qualidade e eficácia. Abordagem CT. É uma escala de 139 itens que mede seis dimensões, cada uma com uma série de domínios.

As dimensões correspondem aos componentes das CTs, enquanto os domínios correspondem à filosofia e aos elementos fundamentais do tratamento sem drogas, hierárquico, típico das CTs baseadas no conceito (*o concept-based TCs*).

Este instrumento de acordo com Vanderplasschen et al. (2014) avalia os aspectos genéricos que são comuns e transversais nas CTs e que podem ser resumidos em: 1) uma perspectiva de recuperação e uma vida reta fortemente ligada ao foco e estrutura oferecidos pelo tratamento, 2) uma visão de pares como "guardiães" dos valores da comunidade, 3) um sistema de atividades cotidianas que assegurem a participação da comunidade e que gradualmente envolva a comunidade externa, 4) o uso de sanções para conter o descumprimento das normas, 5) o desenvolvimento psicossocial por meio do comportamento técnicas de modificação, atividades educativas e trabalho e 6) uma perspectiva de processo em que os membros passam por três estágios diferentes, cada um com metas e expectativas específicas.

O futuro das comunidades terapêuticas

O modelo de comunidade terapêutica evoluiu ao longo dos anos, preservando aspectos que lhe são centrais e característicos. A primeira geração de CTs deu fundamento à comunidade como método terapêutico. a segunda geração integrou a profissionalização e a prática avançada baseada em evidências. O terceiro consolidou e integrou novos insights em neurociência e avanços nas teorias de aprendizagem social.

Atualmente coexistem várias gerações de CTs, sendo as mais comuns a 2ª e 3ª geração na América do Norte e Europa, embora muitas delas mantenham aspectos da primeira geração de CTs, baseadas na ideia de casas conceito que se originou com Synanon. e que posteriormente foram teorizados e padronizados por pesquisadores como George De León. Ao longo do tempo, foram resgatados aspectos da ideia democrática original que remonta a Maxwell Jones.

O crescente corpo de evidências em torno da eficácia do modelo, especialmente na América do Norte, é um debate aberto que, segundo Vanderplasschen et al. (2014), exige amadurecimento metodológico, pois ainda há carência de estudos randomizados e de controle que tem impedido que esse modelo de tratamento e cuidado tenha destaque, com exceção de alguns países como Espanha, Itália e Polônia.

Segundo os mesmos autores, o futuro dos TCs depende de como o modelo consegue demonstrar que tem impacto e bons resultados, a custos razoáveis. Nesse sentido, a CT modificada é promissora por se adequar a diferentes contextos, inclusive presídios, e por oferecer alternativas de resposta a populações altamente vulneráveis, como pessoas em situação de rua e pessoas com comorbidades.

Embora haja tensão entre os paradigmas que fundamentam as CTs e a redução de danos, muitas CTs relaxaram suas regras e permitem programas de substituição de drogas. Outros exploraram a abordagem para fechar as lacunas de atendimento existentes, entendendo o conceito de cuidado contínuo e a complementaridade dos serviços. Da mesma forma, o tempo de permanência foi reduzido para uma média de 12 meses ou menos, a inclusão de figuras de voluntários e maior ênfase em grupos de ajuda mútua. Tudo isso deve ser avaliado, sempre cuidando da qualidade dos serviços, aspecto do qual dependerá em grande parte o futuro desse modelo e o papel que ele pode desempenhar em resposta ao TUS.

Aspectos de padronização, acreditação e qualificação definem em grande parte os programas petrolíferos e petrolíferos, por sua vez, a movimentação dos TCs, e o mundo tem feito um esforço para conciliar essas demandas, sem sacrificar seus fundamentos, bem como para avançar nas investigações. continuar demonstrando o valor deste modelo em meio às muitas alternativas de tratamento existentes.

Referências e fontes consultadas

Beauchamp, T. y Childress, F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. N.Y./Oxford: Oxford University Press.

Boyling, E. (2009). Being able to learn: researching the history of a therapeutic community. *Social History of Medicine*. Vol. 24, No. 1.

Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. y Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway. *International Journal of Mental Health Systems*, 12 (30).

Briggs, D (2002). *A life well lived: Maxwell Jones a memoire*. NY: Jessica Kingsley Publishers.

Broekaert, E., Vandevelde, S., Soye, V., Yates, R. y Slater, A. (2006). The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *European Addiction Research*. 12: 1-11.

Broekaert, E., Autrique, M., Vanderplasschen, W. y Colpaert, K. (2010). "The Human Prerogative": A critical analysis of evidence-based and other paradigms of care in substance abuse treatment. *Psychiatry Q.*, 81:227-238.

Castrillón, M.C. (2008). Entre "teoterapias" y "laicoterapias": comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicología & Sociedad*; 20 (1): 80-90

CELS (2016). *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos, la experiencia del continente americano*.

Comas, L. (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Fundación Atenea.

Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Frey, J. y Kirk, T. (2008). From "double trouble" to "dual recovery": integrating models of recovery in addiction and mental health. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol.4(3).

De León, G. (s.f). *Therapeutic community, advances in research and applications*. NIDA Monographs. No. 144. NIH.

De León, G. y Unterrainer, H. (2020). The therapeutic community: a unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders. *Frontiers in Psychiatry*. Vol 11.

Denning, P. y Little, J. (2011). *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions*.

Denning, P. y Little, J. (2017). *Over the influence: the harm reduction guide to controlling your drug and alcohol use*. The Guilford Press.

Dolan, K., Larney, S. y Wodak, A. (2007). The integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities: a case study of We Help Ourselves. *Asian Journal of Counselling*, Vol. 14 Nos. 1 y 2: 1-19.

Eliason, M. (2006). *Are therapeutic communities therapeutic for women?*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 1, No. 3.

Fanton, M. (2014). *Comunidad terapéutica, violencia y patología dual: estudio de dos casos de estrés postraumático*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 29(1):12-20.

Fiore, M. y Rui, T. (2021). *Working paper series: therapeutic communities in Brazil*. SSRC Drugs, Security and Democracy Program.

Garbi, S., Touris, M.C. y Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 17(7): 1865-1874.

Garbi, S. (2020). *De aislamientos y encierros: modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Teseo Press: Universidad de Buenos Aires.

Goffman, E. (2004) *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.

Goffman, E. (2015). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores.

Guarnaccia, C., Ferraro, A.M., Lo Cascio, M., Bruschetta, S. y Giannone, F. (2019). The SCIA Questionnaire: standards for communities for children and adolescents – a tool for the evaluation of good practices. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. 40 (1): 1-15.

Haigh, R. (2015). Therapeutic community. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edition, Volume 24. F

HHS/SAMHSA (2011). *Dual diagnosis capability in addiction treatment toolkit Version 4.0*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

IDPC (2013). *Comunidades terapéuticas en Perú: la historia se repite*. En: <https://idpc.net/es/blog/2013/09/comunidades-terapeuticas-en-peru-la-historia-se-repite>

Jhon Volken Academy (2020). *Everything you need to know about therapeutic communities*.

Kennard, D (2004). The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 75, No. 3.

López, D.A. (s.f.). Nuevos dispositivos de control social: las prácticas y los discursos en las comunidades terapéuticas. *Delito y Sociedad, Revista de Ciencias Sociales*.

Molina (2014). El modelo de las comunidades terapéuticas y "la pérdida del ideal de rehabilitación"; análisis para una propuesta práctica. *InfoNova*. Revista No. 26. Dianova.

Stocco, P. (2017). 25 años de intervención en comunidades terapéuticas: alternativas y buenas prácticas. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*. No. 95.

Strathern, P. (2002). *Foucault en 90 minutos*. Madrid: S XXI de España Editores.

Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de reducción de daños*. Chile: Paréntesis, Jason Aronson Inc.

ONU (2012). *Declaración conjunta: centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con drogas*. Marzo, 2012. Diversos organismos de la ONU. En: https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_state_ment-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf

Open Society Foundations (2016). *Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe*.

Osburn, Joe & Caruso, Guy & Wolfensberger, Wolf. (2011). The Concept of "Best Practice": A brief overview of its meanings, scope, uses, and shortcomings. *International Journal of Disability Development and Education*.

Possick, Ch. y Itzick, M. (2018). Women's experience of drug abuse treatment in a mixed-gender therapeutic community. *Journal of Women and Social Work*.

Soyez, V. y Broekaert, E. (2005). Therapeutic communities, family therapy, and humanistic psychology: history and current examples. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 45(3): 302-332.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, RC., Pearce, S., Broekaert, E. y Vandavelde, S. (2013). Therapeutic Communities for addictions: A review of their effectiveness from recovery-oriented perspective. *Mental Health, recovery, and the community*. Special Issue.

Vanderplasschen, W., Vandavelde, S. y Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe, evidence, current practices and future challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA. Insights.

Veale, D., Gilbert, P., Wheatley, J. y Naismith, I. (2014). A new therapeutic community: development of a compassion-focussed and contextual behavioural environment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

Wand, G. (2013). *The benefits of family involvement in substance abuse treatment for adolescents*. Alberta: Athabasca University, Master of Arts – Integrated Studies.

World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2006). *Integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities: a case study of We Help Ourselves, Australia*. WHO Regional Office for the Western Pacific.

WFTC (2016). *Declaración de Mallorca*.

Wilde, J. (2005). *Gender specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe*. Orthopedagogische Reeks Gent. Número 24. Universiteit Gent.

World Health Organization – United Nations Office on Drugs and Crime WHO/UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders, revised edition incorporating results of field-testing*. Suiza.

Yates, R. (2017). *The rise and fall and rise again of the therapeutic community*. *Therapeutic communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. 38(2): 57-59.

