

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Patrício Francisco da Silva**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE IMPERATRIZ-MA**

**Taubaté-SP**  
**2020**

**Patrício Francisco da Silva**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE IMPERATRIZ-MA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional, do Programa de Pós-Graduação em Administração, do Departamento de Gestão e Negócios, da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>.:Fabiane Ferraz Silveira Fogaça.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.:Marilsa de Sá Rodrigues.

**Taubaté-SP  
2020**

**Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi/ UNITAU  
Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI**

S586a Silva , Patrício Francisco da  
Avaliação da qualidade de vida de usuários de comunidades terapêuticas de Imperatriz-MA / Patrício Francisco da Silva – Taubaté : EdUnitau, 2020.  
102 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté, Departamento de Gestão e Negócios / Eng. Civil e Ambiental , 2020.  
Orientação : Profa. Dra. Fabiane Ferraz Silveira Fogaça , Coorientação : Marilsa de Sá Rodrigues , Departamento de Gestão e Negócios.

1. Desenvolvimento econômico. 2. Planejamento regional. 3. Comunidades terapêuticas. 4. Qualidade de vida. I. Título.

CDD – 338.9

**PATRÍCIO FRANCISCO DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS DE IMPERATRIZ-MA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional, do Programa de Pós-Graduação em Administração, do Departamento de Gestão e Negócios, da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

**Data:** 17 de junho de 2020

**Resultado:** Aprovado

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dra. (orientadora) Fabiane Ferraz Silveira Fogaça Universidade de Taubaté

Assinatura:  \_\_\_\_\_

Prof. Dra. (coorientadora) Marilsa de Sá Rodrigues Universidade de Taubaté

Assinatura:  \_\_\_\_\_

Prof. Dra. (membro interno) Quésia Postigo Kamimura Universidade de Taubaté

Assinatura:  \_\_\_\_\_

Prof. Dra. (membro externo) Rosa Maria Frugoli da Silva Universidade de Taubaté

Assinatura:  \_\_\_\_\_

Ao meu bom Deus, que me ofertou, através da minha família, pessoas capacitadas para educar-me dentro dos preceitos da moral, ética e respeito à vida. Às pessoas que me ajudaram a chegar até aqui, e por terem me ensinado a amar e valorizar professores e amigos que tenho o prazer de torná-los também parte da minha vida e conquistas.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, único e suficiente Salvador, que me resgatou de uma vida sem sentido e me escolheu para lutar em prol do bem-estar de muitos. Agradeço por ter nascido em uma família com pessoas que sempre acreditaram em mim, e que jamais me deixaram sozinho, por mais difícil que fosse o obstáculo que eu estivesse enfrentando, pois sempre me olharam de forma integral, e não apenas para os meus defeitos, e contribuíram com amor e respeito que precisei e quis receber.

Aos meus pais: Francisco Napoleão da Silva (Noel) e Francisca Júlia da Silva (Tica), aos meus irmãos: Petrônio, Nagib, Murilo, Danilo, minhas irmãs: Neyrivan e Ariana, e as minhas filhas, Lorena e Sabrina, em especial à Sabrina, pois mesmo tendo paralisia cerebral, ensinou-me a lutar e superar meus próprios limites, mostrando que podemos nos apropriar da realização de nossos sonhos, que isso é possível, quando temos pessoas que nos apoiam e que acreditam que podemos ir sempre além dos nossos limites, pois, em várias situações, os limites existem apenas dentro de nós mesmos. Essa é a família que Deus escolheu para mim.

Aos meus parentes e amigos (as), pois em momento algum tive dúvida da minha conquista, em que Deus e todos vocês sempre estiveram ao meu lado, estimulando-me e fazendo acreditar na realização do meu sonho.

Em especial, agradeço a minha esposa, Larissa Carvalho de Sousa, que sempre me fez enxergar uma saída onde eu já não tinha mais nenhuma expectativa, que me fez ser o profissional e homem que sou hoje, pois sem ela, eu não teria conseguido.

Aos meus enteados, Matheus e Maysa, que são como filhos para mim.

À Universidade de Taubaté, na pessoa do Professor Dr. **Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira**, ser humano com altíssimo nível intelectual.

A minha orientadora **Dr.ª Fabiane Ferraz Silveira Fogaça**, mulher que é nível superior como profissional e também como ser humano.

A minha coorientadora **Dr.ª Marilsa de Sá Rodrigues**, mulher notável e cheia de qualidades.

Aos meus colegas de turma, em especial ao meu amigo nessa grande jornada de vida, **Hudson Wallença Oliveira e Sousa** que sempre será lembrado com muita admiração, respeito e carinho.

Muito obrigado a todos!

Comum não quereremos aceitar certos aspectos de nós mesmos. Isso leva ao abuso de álcool, cigarros, drogas, comida etc. É uma forma de nos castigarmos por não sermos perfeitos. Mas... Perfeitos para quem? De quem são as exigências e expectativas que continuamos tentando atender? Proponha-se a deixar ir embora de sua vida as exigências e os padrões de outras pessoas. Sendo apenas você mesmo, descobrirá que é maravilhoso, exatamente como é neste instante.

Louise L. Hay.



## RESUMO

É notório o uso elevado de álcool e drogas ilícitas, o qual ocasiona alterações biopsicossociais entre pessoas que compõem as distintas classes sociais. Baseadas nos tipos de alterações surgem instituições terapêuticas como proposta de tratamento para usuários de drogas. A pesquisa objetivou avaliar a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA. Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida por meio de abordagem de natureza quantitativa, descritiva e com delineamento de levantamento de dados. A amostra da pesquisa foi do tipo não probabilístico, por acessibilidade ou conveniência, formada por 80 usuários de drogas que recebiam tratamento nas Comunidades Terapêuticas masculinas de Imperatriz-MA. Como instrumentos para coleta de dados, aplicaram-se o Questionário de Identificação da Amostra, *WHOQOL-Bref* e a Escala de Apoio Social. Realizaram-se análises descritivas, por meio de frequência absoluta, percentuais, médias e desvios-padrão, bem como analíticas de *Kruskal-Wallis*, *U Wilcoxon-Mann-Whitney* e Correlações de *Spearman* a 5% de significância. De acordo com as características socioeconômicas, constatou-se que a maioria era do Estado do Maranhão, tanto em relação à naturalidade com 37 (78,7%), quanto ao local de residência (81,4%). A idade média dos usuários foi  $34,6 \pm 12,9$  anos, sendo que o mais novo e o mais velho tinham, respectivamente, 17 e 86 anos, com prevalência na faixa etária de 31 a 40 anos (34,2%). Notou-se que 81,3% eram evangélicos, 12,5% afirmaram ser católicos, os solteiros somaram 60,5% e casados 17,1%. Pardos perfizeram 49,4%, 25,3% afirmaram ser pretos e 24,1% declararam ser brancos, enquanto que 20,5% afirmaram ser estudantes, 79,5% não estudavam, sendo que 45,6% possuíam o ensino fundamental incompleto e 14,7%, completo. Sobre atividades laborais, 57,5% possuíam ocupação laboral, enquanto que 42,5% não possuíam. A maioria iniciou o uso de drogas entre 15 e 20 anos, por influência de amigos, possuíam até três internações e mantinham contato com familiares. A percepção da Qualidade de Vida apresentou resultado bastante satisfatório em todos os domínios, totalizando 97,6% no geral, somando-se as categorias boa e ótima. O domínio Físico foi o que apresentou melhor resultado, com 98,9%. Assim, entende-se que o tratamento ofertado nas Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA constitui fator de impacto na melhoria da Qualidade de Vida, evidenciado pelos altos escores obtidos na aplicação do *WHOQOL-Bref*. De forma geral, um ótimo Apoio Social foi declarado nos domínios Material, Afetivo, Emocional, Informativo e na Interação Social, o que pode ajudar o usuário a lutar e abandonar o uso de drogas. Indivíduos com idades entre 41 a 50 anos apresentaram menor Apoio Social frente às demais idades. O escore total da Escala de Apoio Social não diferiu significativamente ( $p=0,06$ ), de acordo com a Qualidade de Vida Geral. Houve correlações positivas significativas entre os domínios da Qualidade de Vida e do Apoio Social, dando destaque para o Meio Ambiente da Qualidade de Vida que apresentou o maior número e os maiores valores de correlação significativa.

**Palavras-chave:** Drogas. Desenvolvimento Regional. Comunidade Terapêutica. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

The high use of alcohol and illicit drugs is notorious, which causes biopsychosocial changes among people who are part of the different social classes. Based on the types of changes, therapeutic institutions emerge as a treatment proposal for drug users. The research aimed to evaluate the Quality of Life of drug users of Therapeutic Communities in Imperatriz-MA. Therefore, the research was developed through a quantitative, descriptive approach and with a data survey design. The sample of the research was of the non-probabilistic type, for accessibility or convenience, formed by 80 drug users who received treatment in the male Therapeutic Communities of Imperatriz-MA. As instruments for data collection, the Sample Identification Questionnaire, WHOQOL-Bref and the Social Support Scale were applied. Descriptive analyzes were performed using absolute frequencies, percentages, means and standard deviations, as well as Kruskal-Wallis, U Wilcoxon-Mann-Whitney and Spearman correlations at 5% significance. According to socioeconomic characteristics, it was found that the majority were from the State of Maranhão, both in relation to their place of birth with 37 (78.7%), and their place of residence (81.4%). The average age of drug users was  $34.6 \pm 12.9$  years, with the youngest and the oldest being, respectively, 17 and 86 years old, with prevalence in the age group of 31 to 40 years old (34.2%). It was noted that 81.3% were evangelical, 12.5% claimed to be Catholic, singles totaled 60.5% and married 17.1%. Pardos were 49.4%, 25.3% said they were black and 24.1% said they were white, while 20.5% said they were students, 79.5% did not study, and 45.6% had elementary school incomplete and 14.7%, complete. Regarding work activities, 57.5% had a job, while 42.5% did not. Most started using drugs between 15 and 20 years of age, influenced by friends, had up to three hospitalizations and maintained contact with family members. The perception of Quality of Life presented a very satisfactory result in all domains, totaling 97.6% overall, adding up to the good and excellent categories. The Physical domain presented the best result, with 98.9%. Thus, it is understood that the treatment offered in the Therapeutic Communities of Imperatriz-MA constitutes an impact factor in improving the Quality of Life, evidenced by the high scores obtained in the application of the WHOQOL-Bref. In general, great Social Support was declared in the domains Material, Affective, Emotional, Informational and in Social Interaction, which can help the user to fight and abandon the use of drugs. Individuals aged 41 to 50 years had lower Social Support compared to other ages. The total score of the Social Support Scale did not differ significantly ( $p = 0.06$ ), according to the General Quality of Life. There were significant positive correlations between the domains of Quality of Life and Social Support, highlighting the Environment of Quality of Life, which had the highest number and the highest values of significant correlation.

**Keywords:** Drugs. Regional development. Therapeutic Community. Quality of Life.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AD – Álcool e Drogas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AAVDs – Atividades Avançadas de Vida Diária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa Humana

CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CTs – Comunidades Terapêuticas

DSM V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*

EAS – Escala de Apoio Social

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBRACIT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FETEB – Federação Evangélica do Brasil

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

PTS – Projeto Terapêutico Singular

QV – Qualidade de Vida

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SPAs – Substâncias Psicoativas

SPSS - *Software Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life-Bref*

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Representação do fenômeno das drogas, a partir do tripé indivíduo, contexto social, político e econômico e substância psicoativa..... | 34 |
|--|----|

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 –Principais abordagens gerais relacionadas à Qualidade de Vida. ....                                  | 29 |
| Quadro 2 - Classificação de grupos de critérios para dependência química .....                                 | 31 |
| Quadro 3–Componentes da Rede de Atenção Psicossocial e os ponto de atenção.                                    | 38 |
| Quadro 4–Níveis de construção de Redes (ROVERE, 1999).....   | 41 |
| Quadro 5 - Distribuição das Comunidade Terapêuticas (CTs) por regiões geográficas e Estados da Federação. .... | 50 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Unidades Federativas de nascimento e residência dos usuários, (n=80)   | 62 |
| Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos usuários (n=80).....   | 62 |
| Tabela 3 - Relação com o uso de drogas (n=80) .....   | 65 |
| Tabela 4 - Avaliação da Qualidade de Vida de usuários (n=80) .....  | 67 |
| Tabela 5 - Qualidade de Vida de acordo com as características sociodemográficas (n=80) .....  | 69 |
| Tabela 6 - Qualidade de Vida de acordo com número e tempo de internação (n=80) .....  | 70 |
| Tabela 7 - Escala de Apoio Social ( <i>Social Supported Scale</i> ) de usuários, (n=80) ....  | 71 |
| Tabela 8 - Apoio Social de acordo com as características sociodemográficas (n=80) .....   | 72 |
| Tabela 9 - Escala de Apoio Social ( <i>Social Supported Scale</i> ) de usuários quanto ao número e tempo de internação, (n=80) .....  | 73 |
| Tabela 10 - Apoio Social total de acordo com a Qualidade de Vida Geral (n=80) ....  | 73 |
| Tabela 11 - Matriz de Correlação de <i>Spearman</i> entre os domínios da Qualidade de Vida em relação aos do Apoio Social (n=80)..... | 74 |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>17</b> |
| 1.1      | Problema de pesquisa.....   | 19        |
| 1.2      | Objetivos .....   | 20        |
| 1.2.1    | Geral.....  | 20        |
| 1.2.2    | Específicos .....   | 20        |
| 1.3      | Delimitação do estudo.....  | 20        |
| 1.4      | Justificativa.....  | 21        |
| 1.5      | Relevância do estudo.....   | 22        |
| 1.6      | Organização da pesquisa.....  | 24        |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>   | <b>25</b> |
| 2.1      | Área de conhecimento voltada ao processo de Qualidade de Vida.....  | 25        |
| 2.2      | Abordagens sobre a Qualidade de Vida .....  | 28        |
| <b>3</b> | <b>HOMEM, DROGA E AMBIENTE.....</b>   | <b>30</b> |
| 3.1      | A Rede de Saúde Mental brasileira.....  | 36        |
| 3.2      | Caracterização das Comunidades Terapêuticas .....   | 43        |
| 3.2.1    | Nova configuração das Comunidades Terapêuticas .....  | 47        |
| 3.3      | Qualidade de Vida de usuários de drogas .....   | 44        |
| <b>4</b> | <b>MÉTODO.....</b>  | <b>54</b> |
| 4.1      | Tipo de pesquisa .....  | 54        |
| 4.2      | Área de realização .....  | 55        |
| 4.3      | População e amostra.....  | 56        |
| 4.4      | Instrumentos.....   | 56        |
| 4.5      | Plano para coleta de dados .....  | 58        |
| 4.6      | Plano para análise de dados.....  | 59        |
| 4.7      | Riscos.....   | 60        |
| 4.8      | Benefícios .....  | 61        |
| 4.9      | Desfecho primário .....   | 61        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>  | <b>61</b> |
| 5.1      | Resultados da naturalidade e residência dos usuários de drogas das Comunidades Terapêuticas participantes da pesquisa ..... | 62        |
| 5.2      | Resultados do perfil sociodemográfico dos usuários de drogas das Comunidades Terapêuticas participantes da pesquisa .....   | 63        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>5.3 Resultados da relação estabelecida entre os usuários de drogas de Comunidades Terapêuticas e a droga.....</b>        | <b>66</b>  |
| <b>5.4 Resultados dos domínios da Qualidade de Vida de usuários de drogas ....</b>  | <b>67</b>  |
| <b>5.5 Resultados dos domínios da Escala de Apoio Social aplicada aos usuários de drogas participantes da pesquisa.....</b> | <b>71</b>  |
| <b>5.6 Resultados da relação entre Qualidade de Vida e Escala de Apoio Social .</b>   | <b>72</b>  |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>75</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>77</b>  |
| <b>APÊNDICE A – Carta de Apresentação .....</b>   | <b>86</b>  |
| <b>APÊNDICE B – Termo de Autorização da Instituição .....</b>   | <b>88</b>  |
| <b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....</b>  | <b>90</b>  |
| <b>ANEXO A – Questionário de Identificação da Amostra.....</b>  | <b>92</b>  |
| <b>ANEXO B – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida.....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>ANEXO C – Escala de Apoio Social (<i>Social Supported Scale</i>) .....</b>   | <b>99</b>  |
| <b>ANEXO D – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>  | <b>100</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

Nas sociedades contemporâneas, o uso de drogas assumiu proporções de preocupação central no debate público, principalmente devido à representação unilateral como perigo para saúde pessoal e coletiva e pela associação imediata à criminalidade e violência urbana. Esse viés da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza, em grande parte, a discussão do tema, promove distorção decisiva, já que tende a atribuir a existência de drogas ao sentido universal de encarnação do mal e a tratá-la como problema conjuntural que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e repressão (LABATE *et al.* 2008). Sobre os sentidos atribuídos ao uso de drogas, discutem-se contradições entre aspectos positivos e negativos.

Ao analisar que as formas de tratamento destinadas aos usuários de drogas, aos contextos sociais destes, à subjetividade, a tudo que deixaram para trás e, por fim, tudo que deixarão de viver futuramente, remete-se a pensar na solução para essa problemática. Refletir sobre as pessoas que, de alguma forma, sofrem devido ao uso abusivo ou dependência de alguma substância psicoativa (SPA), é pensar na pessoa não apenas com visão reducionista, em que se perde a identidade e passa a ser reconhecido por um estereótipo, por uma menção que não mais o caracteriza como pertencente a um grupo ou um território, mas lhe furta o direito de pertença, de apropriação. Portanto, a exclusão gera incapacidade extrema ou incapacidade marcada em uma ou mais esferas da vida, impedindo o desempenho de tarefas mais complexas, como o trabalho, e impactando nas Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs) (BRASIL, 2010).

Variáveis ambientais, biológicas, psicológicas e sociais atuam simultaneamente, influenciando a tendência ao consumo de drogas, como afirmam Aragão, Milagres e Figlie (2009), motivando interação entre agente, droga, sujeito indivíduo e sociedade e meio, contextos socioeconômico e cultural.

As consequências causadas pelo uso dessas substâncias químicas atingem tanto a Qualidade de Vida (QV) quanto à saúde individual e coletiva. A dependência química pode acarretar baixa Qualidade de Vida, pois está diretamente ligada ao desequilíbrio entre a combinação do bem-estar psicológico e a saúde física (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

De acordo com Gordia (2008), o conceito de Qualidade de Vida não é algo conclusivo, não está plenamente convencionado, pois diferentes concepções remetem cada indivíduo ou grupo de pessoas a pensarem em características que são fundamentais, como a existência de aspectos objetivos e subjetivos, o construto multidimensional e a presença de dimensões positivas e negativas.

A Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo sobre a própria posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores, nos quais vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.* 1999).

Devido ao constante e intenso uso de drogas ter se tornado agravo para saúde pública, propostas nacionais, tanto o Governo Federal como Organizações Não Governamentais (ONG), tentam minimizar os danos causados por esse uso abusivo. Dentre as propostas de lidar com essa problemática, existem as Comunidades Terapêuticas (CTs), representadas por instituições privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, tendo o acolhimento realizado em regime residencial, de forma temporária e exclusivamente voluntária, e o principal instrumento terapêutico utilizado durante o tratamento é a convivência entre os pares (BRASIL, 2015).

As Comunidades Terapêuticas são organizações que prestam serviços em ambiente considerado não hospitalar, com orientação técnica e profissional, surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção ao usuário de drogas no País (COSTA, 2009).

São organizações que visam tratamento de usuários de drogas, com vista à reinserção destes no contexto social, e principalmente familiar. As organizações são entidades sociais, dirigidas por metas e desenhadas como sistemas de atividades deliberadamente estruturados e coordenados, ligados ao ambiente externo (VENTURA *et al.* 2011).

De acordo com Ribeiro e Minayo (2015), as Comunidades Terapêuticas predominantemente atendem aos seguintes modelos: religioso-espiritual, com atuação de religiosos e ex-usuários de drogas; científico, com médicos, psicólogos e assistentes sociais; e misto, que unem as duas modalidades, compõem-se de sistema estruturado, com limites, regras, horários e responsabilidades claras, e,

geralmente, encontram-se em locais afastados dos centros urbanos, o que sugere maior proteção contra recaídas.

O atendimento ofertado na Comunidade Terapêutica por parte dos funcionários deve ser percebido com confiança pelos usuários, a equipe deve ser fonte de segurança e proteção. São detalhes que fazem a diferença na escolha de onde irão fazer o tratamento de recuperação contra drogas, sendo a satisfação garantida quando o local é acolhedor. Isso é algo visto por parte dos residentes como fundamental no tratamento, pois a maioria deles não possui esse tipo de relação, nem mesmo nas próprias casas com as famílias, as quais constituem fatores mais relevantes e motivadores para que se faça o tratamento (ARANTES; VASCONCELOS, 2015).

Quando se observa a história da construção da legislação e da política social brasileira, no que se refere à questão do uso, abuso e dependência química, percebe-se que o uso indiscriminado de substâncias psicoativas, nas políticas públicas brasileiras, recebeu, durante muitos anos, a visão de “caso de polícia”, mas, atualmente, adquiriu o caráter de saúde pública. Mudou-se a relação de ações de repressão ao usuário de drogas, o igualando ao traficante, passou, progressivamente, para ações de prevenção do uso abusivo, atenção e reinserção social (COSTA, 2009).

Assim, esta pesquisa objetivou avaliar a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA, estabelecendo relação entre a instituição e o território local, através da atuação desta no tratamento das pessoas e, conseqüentemente, na singularidade do usuário, pois os entes também são afetados nos fatores biopsicossociais. Não se pretendeu pesquisar os fatores clínicos do tratamento, mas a importância da Comunidade Terapêutica na Qualidade de Vida dos usuários.

## **1.1 Problema de pesquisa**

As Comunidades Terapêuticas, a partir de suas ações, proporcionam ao indivíduo a criação do hábito de observar o próprio comportamento, identificando situações de risco, fazendo-o buscar novas estratégias, facilitando o desenvolvimento da autoestima, autoconfiança e autoajuda, criando espaço para

que o paciente busque sentido nas próprias vivências, na tentativa de encontrar resposta diferente, que não a droga (FERREIRA *et al.* 2001).

Tais premissas estão em consonância com a formulação geral do conceito de Qualidade de Vida. As Comunidades Terapêuticas tem por objetivo promover ações que ofertem meios de avanços no desenvolvimento social e na melhoria da Qualidade de Vida dos usuários de drogas. Segundo Perrone (2014), as Comunidades Terapêuticas oferecem rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Ao considerar as compatibilidades entre o conceito de Qualidade de Vida e as diretrizes de tratamento das Comunidades Terapêuticas, questionou-se: quais são os aspectos de Qualidade de Vida mais afetados em usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Geral**

Avaliar a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA.

### **1.2.2 Específicos**

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA;

Avaliar a Qualidade de Vida dos usuários, nos domínios físico, psicológico, social e ambiental;

Identificar os domínios mais comprometidos, apresentados pelos usuários.

Avaliar a importância das relações interpessoais no Apoio Social dos usuários.

## **1.3 Delimitação do estudo**

Esta pesquisa delimita-se em avaliar a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA, favorecendo, assim, a individualidade do sujeito e a singularidade deste, enfatizando a política de reintegração social, partindo do pressuposto de que a reinserção do usuário de drogas contribui com o fortalecimento, também, do Desenvolvimento Regional.

A pesquisa foi realizada em três Comunidades Terapêuticas do Município de Imperatriz-MA, que ofertam ações na modalidade de Organização Não Governamental. É importante ressaltar que esta pesquisa não se trata de um estudo sobre o processo de adoecimento e tratamento terapêutico, não está baseado no uso de substâncias psicoativas, mas na avaliação sobre a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas em Imperatriz-MA.

Para realização desta pesquisa, utilizou-se de abordagem de natureza quantitativa, com o tipo de objeto descritivo, delimitando, assim, as características investigadas nos usuários das Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA, tendo o procedimento técnico do tipo levantamento, propondo, assim, a interrogação direta dos usuários, através de instrumentos de autorrelato, os Questionários de Identificação da Amostra, *WHOQUOL-Bref* e a Escala de Apoio Social.

#### **1.4 Justificativa**

A compreensão da individualidade e singularidade do ser humano se torna indispensável para qualquer contexto em que esse possa estar inserido, pois, na contemporaneidade, a redução ou escassez dessa sensibilidade tem afetado negativamente a vida de grande parte da população, e isso incide em altos índices de adoecimento e segregação social, refletindo em prejuízos que envolvem a pessoa, a família e as instituições onde convive. A singularidade é produto da história das condições sociais e materiais do homem, a forma como ele se relaciona com a natureza e outros homens (SILVA, 2009).

Para que haja efetividade nas ações que visam melhoria na Qualidade de Vida das pessoas e, assim, evolução e ambiência destas (qualidade do que é

ambiente, do que rodeia os seres vivos), faz-se necessário que se conheçam as características diversas sobre o tema.

Desta forma, esta pesquisa é justificada por razões que são pertinentes e coerentes com aquilo que se espera para manutenção da Qualidade de Vida das pessoas, pois está pautada no interesse do autor pelo tema, na relevância do problema levantado, no estímulo da produção de estudos que tratam dessa questão, pois, atualmente, percebe-se grande mudança no cenário brasileiro, no tocante às políticas públicas sobre álcool e outras drogas, e nos dispositivos que previnem e tratam os males causados pelo uso e abuso de tais substâncias.

Assim, de acordo com a perspectiva da Comunidade Terapêutica, devem ser tratados os fatores social e psicológico do usuário, comportamento, sensações, percepções, e como administra emoções e frustrações, culpas e tristezas, como se comunica com os mundos externo e interno (DE LEON, 2012).

A saúde física também interfere intimamente na percepção do indivíduo sobre a Qualidade de Vida. Assim, é de extrema importância avaliar a independência funcional, uma vez que este indicador permite caracterizar a capacidade do indivíduo em realizar algo com os próprios meios e, para isso, supõem-se condições motoras e cognitivas satisfatórias (RIBERTO *et al.*, 2004).

Temáticas que integram família, políticas públicas e substâncias psicoativas são rotineiras, tanto no senso comum como nas práticas profissionais e acadêmicas. Em função disso, são focos de discussões, promessas em plataformas políticas e planos de gestão. Entretanto, quanto mais se discute sobre o assunto, mais ele se mostra como campo de difícil intervenção, controverso e repleto de nuances. Isso implica encontrar problematizações, silêncios, interdições e reticências que, associadas aos fenômenos que engendram, justificam exames críticos e rigorosos do assunto (LINS; SCARPARO, 2017).

### **1.5 Relevância do estudo**

A definição com relação à dependência química pode ter várias matizes, diversas interpretações, por ser elaborada por grupos de diferentes áreas (médica, científica, moral ou legal) que podem usá-la de acordo com interpretações e/ou conhecimentos científicos. Ao observar a conjuntura social na

contemporaneidade, pode-se visualizar um cenário com instituições governamentais e não governamentais, atuando junto às pessoas que sofrem pelo uso abusivo/dependência química, pois, em algumas regiões, existe forte articulação, porém em outras, grandes conflitos (COLLET, 2010).

Apesquisa possui relevância no que tange aos questionamentos em relação aos impactos das Comunidades Terapêuticas, pois estas são vistas, em grande parte, como locais de abrigo para bandidos que querem se resguardar dos problemas sociais, mas, de acordo com o Ministério da Saúde, esse tipo de serviço tem crescido bastante, e qual a razão desse crescimento? Essas instituições realmente contribuem com a reinserção social, a partir das práticas por elas realizadas? Essa reinserção tem contribuído para melhoria da Qualidade de Vida de usuários, refletindo nos demais fatores de vidas, além da saúde?

São questionamentos pertinentes, pois as Comunidades Terapêuticas constituem a única opção para dezenas de famílias que na desesperança, após terem perdido a Qualidade de Vida, o emprego e, por vezes, o lar onde residem, tornam-se improdutivos e quando muito, dependentes de benefícios sociais, o que onera ao invés de aumentar o poder capital do município onde residem. Não é novidade para o Perito Médico atuante que o afastamento do trabalho por motivo de doença é um fenômeno complexo, fortemente influenciado por fatores, além do que a saúde/doença ou a “má-saúde”. Fatores organizacionais, sociais ou individuais podem ser citados, como desemprego, condição do trabalho ou estilos de vida, entre outros (BRASIL, 2010).

Na assistência à saúde, a Qualidade de Vida pode ser usada como diagnóstico e indicador do impacto físico e psicossocial que a dependência química causa na vida da pessoa e como medida de desfecho de tratamento (MOREIRA *et al.* 2015).

Mas, a Qualidade de Vida pode ser também considerada como resultado primário de tratamento, a terapêutica para uso, abuso ou dependência de substâncias deve ter objetivo amplo de recuperação, com foco neste resultado (JUSTINA, 2018).

Diante de tais questionamentos, ao obter as respostas, pode-se formular teorias que venham a melhorar essa forma de Serviço Social, corroborando com os estudos nessa área, uma melhor compreensão desse fenômeno e apropriação de

familiares e responsáveis pelo cuidado dessas pessoas, pois também são vítimas da dependência química.

Portanto, são necessárias modificações nos índices alarmantes de vidas prejudicadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. Para tanto, é preciso informar sobre essa realidade, de modo a gerar conhecimento que venha a melhorar os indicadores sociais, estimulando, assim, o Desenvolvimento Regional, através de ações de melhoria da Qualidade de Vida.

## **1.6 Organização da pesquisa**

A presente pesquisa se organiza em sete sessões. Na primeira delas, estabelece-se a introdução, contendo os pressupostos que nortearam o trabalho, sendo eles: o problema de pesquisa; os objetivos, geral e específicos; a delimitação; a justificativa; e a relevância do estudo. Posteriormente, na segunda sessão, há a revisão de literatura que esclarece os principais pilares teóricos para realização da pesquisa, encontra-se dividida em quatro subseções.

Na primeira subseção, faz-se contextualização e relevância sobre o homem, a droga e a interação com o meio ambiente.

A segunda subseção menciona a relevância da Política Brasileira sobre Álcool e Outras Drogas, apresentando e enfatizando os marcos legais.

Na terceira subseção, aborda-se sobre a Qualidade de Vida de usuários de drogas; e, na quarta subseção, acerca das características da superação através da reinserção social, que incentiva a procura por trabalho, pois se trata de fator fundamental, ocupar o tempo em que o usuário fazia uso de drogas, com atividades laborais e de efeito salutar.

A terceira sessão descreve a metodologia aplicada, identificando o tipo de pesquisa e a área de realização do estudo, apresentando população e amostra, os instrumentos e o plano para coleta de dados, assim como o plano para análise e tratamento desses dados.

A quarta sessão apresenta os resultados da pesquisa, os dados estatísticos, a relação e correlação entre o apresentado diante das coletas realizadas durante a pesquisa. E, por fim, as referências bibliográficas, que deram respaldo para fundamentação teórica desta pesquisa.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A ampla preocupação com questões relacionadas à Qualidade de Vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

As crescentes inovações tecnológicas da medicina que vem ocorrendo nas últimas décadas trazem como consequência, entre outras, aumento da expectativa de vida da população. Este aumento dos anos de vida ocorre não somente para os indivíduos saudáveis, comotambém para aqueles portadores de enfermidades crônicas, uma vez que os tratamentos disponíveis permitem maior controle de sintomas e retardo do curso natural das doenças (CRUZ, 2010).

A Qualidade de Vida de uma população depende das condições de existência desta, do acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. Enfatiza-se que o conceito de bem-estar, Qualidade de Vida, varia de sociedade para sociedade, de acordo com cada cultura (ADRIANO *et al.*, 2000).

### 2.1 Área de conhecimento voltada ao processo de Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida apresenta definição mais ampla, aparentemente, influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos, entretanto, quando a Qualidade de Vida é relacionada à saúde, engloba dimensões específicas do estado de saúde, que abrangem fatores biológicos, psíquicos e sociais (CAMPOS; NETO, 2014).

De acordo com Freitas *et al.* (2014), qualquer cientista social mais atento, nos dias atuais, rapidamente fará as perguntas em relação a tal definição: afinal, em que medida a melhoria da Qualidade de Vida contempla o conjunto de indivíduos? De que forma esta melhoria implica mudanças relativas em termos sociais e até ambientais?

Na contemporaneidade, o termo Qualidade de Vida vem sendo amplamente utilizado por jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas, assim como em diferentes campos do saber: na Economia, Sociologia, Educação, Medicina, Enfermagem, Psicologia e Saúde (MINAYO, 2013). Ainda segundo a autora, um dos campos em que a noção de Qualidade de Vida mais tem se desenvolvido é o da Medicina.

A presença do termo Qualidade de Vida é facilmente percebida no linguajar da sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação. Parece que existe consenso de que é algo bom falar em Qualidade de Vida, mesmo sem definir exatamente do que está se falando (ALMEIDA, 2012).

Pode-se perceber que a Qualidade de Vida se relaciona de forma fundamental aos recursos econômicos e disponíveis para sobrevivência da população, pela articulação com temas abrangentes, como exclusão social, igualdade, cidadania, pobreza, violência e vulnerabilidade (BENICASA, 2010). Ainda, de acordo com a autora, a Qualidade de vida está comumente associada ao conceito de saúde, tanto para se tratar de uma população, de um grupo ou de um indivíduo.

Compreende-se a Qualidade de Vida como fenômeno que se constrói nas relações intrapessoal, interpessoal e intragrupos, observando o processo de reconhecimento que ocorre em longo prazo. Contudo, torna-se visível crescente mudança, embora lenta, em vários aspectos da vida das pessoas que apresentam algum tipo de prejuízo na vida, e essas mudanças são vistas na elaboração de legislações e condutas voltadas às pessoas que tiveram algum tipo de alteração na condição de Qualidade de Vida, também é possível observar tais mudanças na produção de conhecimento, em pesquisas (VILARTA *et al.* 2010).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (TEMPSKIL, 2010, p. 62). Ainda sobre essa temática, a autora cita que a Organização Mundial da Saúde afirma também que Qualidade de Vida não tem um conceito universal, porque se baseia primariamente na percepção individual e subjetiva da posição do indivíduo na vida.

São três os aspectos que podem beneficiar ou dificultar a admissão de um estilo de vida apropriado, que segundo Pereira e Del Vecchio (2006), são: desenvolvimento familiar e educacional; o ambiente social em que se encontra inserido; e as condições de vida apropriadas, o que para esses autores, para avaliar a Qualidade de Vida, é indispensável conhecer estas distinções.

São aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, em que devem ser considerados elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A falta de especificidade terminológica e de uma visão fragmentada sobre a Qualidade de Vida, muitas vezes, passa a ser, de forma equivocada, um termo abordado como algo a ser alcançado e que depende unicamente da boa vontade e da atitude individual do sujeito em mudar os próprios hábitos. Assim, é que estudos em Qualidade de Vida podem se centrar, buscando alternativas para melhoria do nível de vida do maior número de pessoas possível, pois isso não depende somente do sujeito.

Nas abordagens sobre Qualidade de Vida, é necessário ter atenção à multiplicidade de questões que envolvem esse universo, desde parâmetros sociais até de saúde ou econômicos. Esses indicadores podem ser analisados, e o são, por diferentes áreas de conhecimento, com referenciais e procedimentos diferentes, sendo vinculadas definições e concepções variadas (ALMEIDA, 2012).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde definiu que saúde não é apenas a ausência de enfermidade, mas a presença de bem-estar físico, mental e social (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2014). Atualmente, o uso do termo Qualidade de Vida tem sido reforçado como conceito necessário na prática dos cuidados e nas pesquisas em saúde (MINAYO *et al.* 2000).

Ainda de acordo com Campos e Rodrigues Neto (2014), a Qualidade de Vida está diretamente associada ao termo Promoção em Saúde, e a discussão em torno desse termo vem se firmando como ponto de concordância de superação do modelo biomédico que apresenta como enfoque a doença e não o indivíduo.

A Promoção de Saúde parte do conceito ampliado e positivo de saúde, tem como foco o processo social da produção, elege como objetivo a defesa da vida e o

desenvolvimento humano, superando o modelo de intervenção e passando para práticas intersetoriais e conhecimentos interdisciplinares (BUSS, 2000).

Segundo Costa Júnior *et al.* (2013), na atualidade, o termo saúde tem influenciado diretamente sobre o estado de saúde e a Qualidade de Vida das populações, dos grupos sociais ou do indivíduo. Para o autor, antes de analisar as relações entre a Qualidade de Vida e a Saúde, é necessário compreender os múltiplos aspectos do comportamento humano, contrapondo-se a compreensão restrita apenas na ausência de doenças, mas sendo capaz de promover o completo bem-estar nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

A obtenção de uma boa Qualidade de Vida depende da adoção de hábitos saudáveis, cuidado com corpo, alimentação equilibrada, relacionamentos saudáveis, reserva de tempo para lazer e vários outros hábitos que façam o indivíduo se sentir bem (OLIVEIRA JÚNIOR; RAMOS, 2019).

Talvez, seja equivocado admitir que uma pessoa esteja saudável ou possua um estado de saúde satisfatório, apenas por não apresentar, sintomas de qualquer doença. Se este indivíduo possui hábitos de vida que desfavorecem a manutenção da saúde como ser fumante ou sedentário, ou ainda, sofre os efeitos do estresse, ou possui composição corporal fora dos níveis desejados, provavelmente, não é possível caracterizá-lo como saudável (COSTA JÚNIOR, *et al.* 2013).

## **2.2 Abordagens sobre Qualidade de Vida**

De acordo com Almeida *et al.* (2012), é possível perceber tendência em estabelecer conceitos e níveis de Qualidade de Vida, a partir da análise de instrumentos indicadores dessa noção. Há aumento no interesse em transformar a Qualidade de Vida em medida quantitativa e número crescente de instrumentos, que podem ser divididos em genéricos e específicos, têm sido propostos para medi-la (CAMPOS; NETO, 2014).

Ainda segundo Almeida *et al.* (2012), esses parâmetros buscam quantificar aspectos populacionais da saúde e bem-estar de grupos humanos, e se apresentam sob formas, origens, referenciais e áreas de atuação distintas. Nota-se, inclusive, que expressam as esferas de percepção objetiva e subjetiva.

Assim, segundo Pereira *et al.* (2012), os pesquisadores passaram a considerar indicadores sociais como fatores críticos para definir o bem-estar e a Qualidade de Vida das pessoas. Segundo Day e Jankey (1996), os estudos sobre Qualidade de Vida são classificados através de distintas abordagens gerais, que são identificadas como: econômica, psicológica, biomédica e geral ou holística. Estas são descritas de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 1 - Principais abordagens gerais relacionadas à Qualidade de Vida

| <b>Abordagens</b>         | <b>Descrições</b>  |
|---------------------------|--|
| <b>Econômica</b>          | A abordagem socioeconômica tem os indicadores sociais como principal elemento, uma forma de compromisso da sociedade em assegurar às pessoas, estruturas sociais mínimas que lhes permitam perseguir a felicidade.   |
| <b>Psicológica</b>        | Busca indicadores que tratam das reações subjetivas de um indivíduo às suas vivências, dependendo, assim, primeiramente, da experiência direta da pessoa, cuja Qualidade de Vida está sendo avaliada e indica como os povos percebem as próprias vidas, felicidade, satisfação.  |
| <b>Biomédica</b>          | O termo Qualidade de Vida, em relação a seu emprego na literatura médica, vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. As teorias médicas de Qualidade de Vida historicamente têm por base a cura e sobrevivência das pessoas.   |
| <b>Geral ou holística</b> | Baseiam-se na premissa segundo a qual o conceito de Qualidade de Vida é multidimensional, apresenta organização complexa e dinâmica dos componentes, difere de pessoa para pessoa, de acordo com ambiente/contexto, e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar. |

Fonte: Adaptado de Day e Jankey (1996).

Os conceitos mais aceitos de Qualidade de Vida buscam abranger uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas (PEREIRA, *et al.*, 2012). Ainda, segundo o autor, o principal exemplo que pode ser citado é o conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde, no qual Qualidade de Vida reflete a percepção dos indivíduos de que as próprias necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas

oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência do estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

É comum que a sociedade utilize a comparação para manifestar a presença ou ausência de Qualidade de Vida, demonstrando a necessidade de instrumentos que possam mensurar, quantificar e qualificar esse fator na vida das pessoas. Para Seabra *et al.* (2013), o constructo teórico dos instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida provém majoritariamente do referencial teórico da Organização Mundial de Saúde (*WHOQOL*, 1995), no entanto, têm sido desenvolvidas escalas de avaliação de Qualidade de Vida, agregando indivíduos que apresentem o mesmo diagnóstico médico como estratégia para comparabilidade.

A Qualidade de Vida é um construto multidimensional, proposto como indicador de saúde da população, cuja avaliação é utilizada para estimular ações de promoção da saúde (CAMPOS; NETO, 2014). A carência de ferramentas que avaliassem a Qualidade de Vida na perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde, na década de 1990, a desenvolver o *World Health Organization Quality of Life instrument-100 (WHOQOL-100)*, cuja versão em português foi realizada por Fleck e Col (FLECK, *et al.* 1999).

Os instrumentos de Qualidade de Vida permitem explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções, os desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, no planejamento e na avaliação de determinados tipos de tratamentos (LEAL, 2008).

### **3 HOMEM, DROGA E AMBIENTE**

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno que sempre existiu em todas as culturas humanas. As características desse consumo vêm se modificando significativamente nas últimas décadas, colocando em risco a vida de muitas pessoas, tornando-se mais um dos fatores do reflexo das transformações das nossas condições sociais e culturais (BUCHELE; CRUZ, 2011).

Pode-se dizer que a droga, como qualquer elemento presente na sociedade, segue a evolução das culturas, ou seja, os padrões, a frequência de utilização e os tipos de drogas consumidos mudam de uma época para outra, de acordo com as condições socioculturais existentes. Como a sociedade cada vez mais “coisifica” o

homem, encarando-o como uma máquina, desumanizando-o, acaba deixando de lado valores humanos e afetivos importantes (PRATTA; SANTOS, 2009).

Observa-se que nos últimos anos, o uso/abuso das drogas lícitas e ilícitas tem sido tema recorrente nas discussões que envolvem saúde, educação, assistência social, segurança pública, justiça, entre outras áreas. Certamente, a questão vem constituindo, ao longo de décadas, importante problemática e preocupação de diversos setores, não somente no Brasil, mas em diversos países do mundo (RAMOS; BOARINI, 2015).

A humanidade, ao longo da história, constantemente recorreu ao consumo de substâncias psicoativas, como álcool, fumo, chá de ervas e outras drogas, seja em rituais religiosos, para se alienar do sofrimento, ou na busca do prazer. As motivações e as novas formas de obtenção das substâncias psicoativas variaram bastante ao longo dos tempos, assumindo características próprias de acordo com cada época e segmento social em que está inserida, levando a circunstâncias distintas de vulnerabilidade individual, social e comunitária (BRASIL, 2015).

Um exemplo de que a preocupação com o uso/abuso de substâncias psicoativas não é exclusividade dos dias atuais é a mobilização dos sanitaristas junto à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), no início do século XX. Essa entidade era composta por profissionais de diversas áreas, especialmente da psiquiatria, muitos foram os investimentos e campanhas à causa do combate ao alcoolismo, que afligia a sociedade brasileira naquele período (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015).

De acordo com o contexto histórico, o alcoolismo passou a ser visto como importante problema de saúde, social e econômico. Diante dessa demanda, as intervenções dos sanitaristas possibilitaram, em grande parte, importantes avanços em termos de sanitarismo e saúde, além de entender o potencial da historicidade dessas questões para esse grupo (MOURA; BOARINI, 2012).

Diante da acentuada vulnerabilidade social e das carências no campo da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas, sobretudo daquelas vivendo nas periferias das cidades grandes e de médio porte, política de Estado que integrasse a atenção a todas estas deficiências seria, sem dúvida, elemento importante na resolução do problema, pois envolve fatores não apenas ligados à drogadição, mas aos diversos componentes intrínsecos e extrínsecos inerentes ao ser humano (ANDRADE, 2011).

Segundo Cebrid (2009), a dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua ou periódica para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas e desagradáveis. Conforme o preconizado pela OMS (2006), o uso dessas substâncias é definido em três categorias, de acordo com o status sociolegal. Em primeiro lugar, muitas das substâncias são usadas como medicações para aliviar a dor, promover o sono, satisfazer desejos e outros fins. Uma segunda categoria é a do uso ilegal ou ilícito, muito difundido em várias sociedades, particularmente entre adultos jovens. A terceira categoria de uso é o consumo lícito, cujos propósitos dos consumidores podem ser muito variados e não estão necessariamente ligados às propriedades psicoativas da substância.

A dependência química é referida pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM – V)*, baseando-se em padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso abusivo da substância. Para auxiliar a compreensão da dependência, são organizados grupos de critérios, que se encaixam nos agrupamentos gerais de baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos. Sobre essa classificação de grupos, é possível avaliar cada critério no quadro abaixo (APA, 2010).

Quadro 2 – Classificação de grupos de critérios para dependência química

| <b>GRUPO 1: BAIXO CONTROLE</b>   |
|--|
| 1) O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente.   |
| 2) O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso.   |
| 3) O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a droga, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos.   |
| 4) A fissura se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade, quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente. |
| <b>GRUPO 2: DETERIORAÇÃO SOCIAL</b>  |
| 5) O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar.   |
| 6) O indivíduo pode continuar o uso da substância, apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados por seus efeitos.  |
| 7) Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância.   |

(Continua)



(Conclusão)

| <b>GRUPO 3: USO ARRISCADO</b>   |
|---|
| 8) Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física.   |
| 9) O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância.                 |
| <b>GRUPO 4: FARMACOLÓGICOS</b>  |
| 10) A tolerância é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância, é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual. |
| 11) Abstinência é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado.   |

Fonte: Autoria própria (2019).

Os transtornos por uso de substâncias ocorrem em ampla gama de gravidade, desde leve até grave, a qual se baseia na quantidade de critérios de sintomas confirmados. Em estimativa geral de gravidade, um transtorno por uso de substância leve é sugerido pela presença de dois ou três sintomas; moderado, por quatro ou cinco sintomas; e grave, por seis ou mais sintomas. A mudança da gravidade, ao longo do tempo, também reflete a redução ou o aumento na dose e/ou na frequência do uso da substância, conforme avaliação do relato do próprio indivíduo, de outras pessoas cientes do caso, de observações do clínico e exames biológicos (APA, 2014).

A dependência química é uma doença crônica e recidivante, cuja etiologia tem natureza multifatorial complexa. Muitas pessoas não entendem porque ou como alguém se torna dependente de drogas, muitas vezes, com a percepção errônea de que a manutenção do consumo da droga, apesar dos problemas relacionados, é fruto de questões morais ou falta de força de vontade (CHAIM; BANDEIRA; DE ANDRADE, 2015).

A dependência química foi considerada pela sociedade desvio de personalidade que acometia aqueles com dificuldades de relacionamento. No entanto, ao analisar as dimensões biológicas, sociais e culturais do ser humano, este conceito se torna inadequado (CAPISTRANO, 2013). O autor afirma ainda que a dependência química ocasiona uma síndrome composta por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, que alteram os valores pessoais, familiares e sociais.

A dependência química caracteriza-se em um estado de uso, compulsivo e incontrolável, da substância psicoativa, quase sempre, associado a sofrimento clínico, ocupacional ou social que gera prejuízos em diversas esferas da vida (OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2008).

Essa subordinação ocasiona prejuízos em diversos sistemas, entre eles o familiar, com o adoecimento das relações, principalmente com cônjuges e filhos; nos estudos com a interrupção; o laboral com absenteísmo, atrasos e incapacidade de realizar as tarefas que refletem na sociedade como um todo (DA ROCHA; JÚNIOR, 2010). Os autores explicam, ainda, que é por isso que a adição deve ser focalizada simultaneamente como doença e denúncia e, neste sentido, envolve a todos os que estão no meio ambiente onde ela prolifera, ou seja, toda a sociedade.

As circunstâncias, as motivações e as novas formas de obtenção das substâncias psicoativas variaram bastante ao longo dos tempos, assumindo características próprias de acordo com cada época e segmento social em que está inserida, levando a circunstâncias distintas de vulnerabilidade individual, social e comunitária (BRASIL, 2015).

A figura a seguir ilustra a representação do fenômeno das drogas, a partir do tripé indivíduo, contexto social, político e econômico e substância.

Figura 1 - Representação do fenômeno das drogas, a partir do tripé indivíduo, contexto social, político e econômico e substância.



Fonte: Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD (2015).

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo e ao meio em que vive. As circunstâncias, as motivações e as novas formas de obtenção das substâncias psicoativas variaram bastante ao longo dos tempos, pois a necessidade de completude, aceitação e distanciamento do doloroso cenário que se experimenta conflitos tem feito grande parcela da sociedade a se refugiar de tais problemas, assumindo, assim, características próprias, de acordo com cada época e segmento social em que está inserido (BRASIL, 2015).

Ao propor ações e intervenções em situações relacionadas ao uso abusivo de álcool e de outras drogas, na comunidade, precisa-se, antes de tudo, entender a relação entre o homem, a droga e o ambiente; ou seja, o contexto sociocultural onde isso acontece deve receber atenção diferenciada (BUCHELE *et al.* 2009).

A toxicomania pode ser caracterizada, como espécie de acontecimento passivo físico-químico, no qual se registra evento ativo voluntário, sendo a própria dependência psíquica manifestada de acordo com a história do sujeito diante da falta de algo, esse algo pode estar relacionado a fatores intrínsecos ou extrínsecos. Quando se refere ao estado de dependência psíquica, pode-se distingui-la do uso recreativo de drogas, pois se caracteriza por igualdade envolvendo a aproximação do produto, da personalidade e de um período sociocultural (PAULA, 2014).

Na incompletude humana, é possível notar que as pessoas buscam esse “completar” nas coisas e nos objetos, pois o estresse e a ansiedade dos dias atuais vêm gerando busca imediata por satisfação. Destaca-se que, na história de vida dos usuários, o uso da droga não é, no primeiro momento, o fator que desencadeia o sofrimento, mas atua como forma de compensação a um desequilíbrio entre as esferas da vida do usuário. Por outro lado, o uso de drogas poderá ser estratégia prazerosa nesta circunstância para minimizar o sofrimento, utilizada pela pessoa para equalizar essas esferas de vida (BRASIL, 2015). Sobre essa perspectiva, é possível analisar o que ocorre atualmente quanto ao uso de substâncias psicoativas.

Na contemporaneidade, a sociedade passa a focar no consumo, privilegiando a importância do “ter” e não do “ser”, e a inversão de crenças e valores gera desigualdades sociais, favorecendo a competitividade e o individualismo e não há mais “certezas” religiosas, morais, econômicas ou políticas. Esse estado de insegurança, insatisfação e estresse constante incentiva à busca de novos produtos

e prazeres, nesse contexto, as drogas podem ser um deles (BUCHELE; CRUZ, 2011, p. 102).

Quando se trata da definição que origina a dependência ao álcool e drogas, de acordo com Brasil (2013), percebe-se que existem algumas contradições nas áreas social e científica. Popularmente, o usuário de drogas é visto como indivíduo preguiçoso, sem vontade, irresponsável, doente. É chamado, pejorativamente, de bêbado ou dopado. Na área da Saúde, é considerado um doente e precisa ser medicado. Na Psiquiatria e Psicologia, é visto como um doente mental e precisa ser atendido pela rede de Saúde Pública.

A dependência da droga ocorre por questões sociais, como reflexo da sociedade onde o dependente está inserido. Entende-se que não existem comportamentos e atitudes homogêneas, mesmo dentro do contexto dos grupos que utilizam drogas. Estas diferenças se associam não somente ao aspecto econômico, mas às tradições culturais de cada indivíduo e às especificidades no consumo de drogas, que se mostra de forma distinta (COLLET, 2010).

O reflexo do uso de drogas na vida do usuário afeta as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs), que conforme Dias *et al.* (2014), envolvem tanto fatores pessoais quanto ambientais, que reúnem características sociodemográficas, capacidade funcional, níveis de interesse, motivação, autoeficácia e autocontrole que, por sua vez, relacionam-se à aprendizagem e personalidade, além de habilidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas têm sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe, ainda, destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade, às práticas antissociais e à oferta de “tratamentos”, inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social (BRASIL, 2013).

### **3.1 A Rede de Saúde Mental brasileira**

O Brasil tem um sistema de saúde mental inovador, centrado nos cuidados na comunidade, mas, ainda, enfrentando grandes desafios para implementação. Na

década de 1990 foi promulgada a Lei n.º 8.080, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), adotando os princípios da universalidade de acesso, integralidade de assistência, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização, hierarquização da rede de serviços de saúde e a equidade na distribuição de recursos (MATEUS, 2013).

Com intuito de fortalecer o evento da Reforma Psiquiátrica, que ostentava a bandeira do fechamento dos manicômios e a abertura de serviços substitutivos, que funcionassem com as mínimas condições de higiene e humanização, foi sancionada em 2001, a Lei Paulo Delgado (Lei da Reforma Psiquiátrica), que garante os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, e que os torna assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, à cor, ao sexo, à orientação sexual, à religião, nacionalidade, idade, família, aos recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno, ou qualquer outra, trazendo, também, a máxima de que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados nos parágrafo da Lei (BRASIL, 2001).

Em conformidade com Mateus (2013), uma das principais estratégias no Brasil para se implementar a Política de Saúde Mental passa pela regulamentação do sistema, por meio do arcabouço normativo dentro do SUS. O Ministério da Saúde publicou, de 1990 a 2010, 68 portarias versando sobre a área de saúde mental: regulamentação dos serviços, formas e valores no financiamento, criação de programas e grupos de trabalho (BRASIL, 2004; 2010).

Essa estratégia tem se mostrado efetiva: serviços antes circunscritos a projetos locais, como os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Residência Terapêuticos (SRT), ao serem lançados como programa de governo, passa a contar com normatização e financiamento garantidos pela legislação do SUS, provocando crescimento explosivo no número desses serviços no País (BRASIL, 2007).

Em consonância com a Lei de 10.216 (Reforma Psiquiátrica), em 2002, estabeleceram-se os Centros de Atenção Psicossocial, constituídos nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto na Portaria de número 336, de 19 de fevereiro de 2002. As modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se

pelas características descritas, devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território (BRASIL, 2002).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Surgiu com a perspectiva de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, comunidade e cidade. A RAPS consiste em assegurar cuidados e acolhimento diurno e noturno às pessoas, assim como atendimento integral e humanizado (BRASIL, 2011).

A Portaria de número 3.088, de 23 de dezembro de 2011, preconiza a promoção de cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas), assim como prevenir o consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas, reduzindo danos provocados pelo consumo de *crack*, álcool e outras drogas, promovendo a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos, em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil (BRASIL, 2011).

Concebida como estratégia de enfrentamento das vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as populações nas regiões que vivem, está pautada na lógica de que muitos dos elementos e fatores que geram transtorno mental estão ligados a fatores do meio no qual estão inseridos (NOBREGA; SILVA; SENA, 2016). No quadro a seguir, constam os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e os pontos de atenção, de acordo com a Portaria 3.088 de 2011.

Quadro 3 - Componentes da RAPS e os pontos de atenção

| COMPONENTES    | PONTOS DE ATENÇÃO                  |
|----------------|------------------------------------|
| ATENÇÃO BÁSICA | Unidades Básicas de Saúde          |
|                | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
|  | Consultório na Rua               |
|  | Centros de Convivência e Cultura |

(Continua)

(Conclusão)

| COMPONENTES                                | PONTOS DE ATENÇÃO   |
|--|---|
| ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA         | Centros de Atenção Psicossocial   |
| ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA           | SAMU 192  |
|  | Sala de estabilização   |
|  | UPA 24h e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro      |
| ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARATER TRANSITÓRIO | Unidade de Acolhimento  |
|  | Serviço de Atenção em Regime Residencial                                |
| ATENÇÃO HOSPITALAR                         | Leitos de Saúde Mental na clínica médica ou pediatria em Hospital Geral |
| ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO      | Serviços Residenciais Terapêuticos                                      |
|  | Programa de Volta para Casa   |
|  | Programa de Desinstitucionalização                                      |
|  | Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares                 |

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD (2015).

A Rede de Atenção Psicossocial objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, promovendo articulação entre os pontos da Rede, tanto para o usuário de substâncias psicoativas como para familiares. Porém, para isso, é importante saber do que tratam os componentes.

### Componente da Atenção Básica:

- ✓ Consultório na Rua: constituído por uma equipe de profissionais que atua de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para população em situação de rua, considerando as diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais, usuários de *crack*, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de

Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.

### **Componente da Atenção Especializada:**

- ✓ CAPS Álcool e Drogas III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

### **Componente da Atenção de Urgência e Emergência:**

- ✓ Pronto socorro/Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, no âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

### **Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório:**

- ✓ Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, cujo tempo de permanência é de até seis meses.

### **Componente de Atenção Hospitalar:**

- ✓ Serviço Hospitalar: referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e



outras drogas, oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos setedias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

### **Componente da Estratégia de Desinstitucionalização:**

- ✓ **Serviços Residenciais Terapêuticos:** moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

É possível perceber a intensidade das redes e o funcionamento nos serviços de saúde, tomando como foco a análise da micropolítica do processo de trabalho para o cuidado em saúde. As redes atravessam equipes e equipamentos de saúde, podem se articular de uma unidade básica para emergência, ou desta para um hospital; enfim, os caminhos a serem percorridos são acionados sempre para cada caso, e pautados nas necessidades dos usuários e nos recursos disponíveis para o cuidado (QUINDERÉ *et al.* 2014).

O processo de construção de redes ocorre por níveis ascendentes, aos quais estão relacionados a ações e valores, cujo conhecimento é importante para monitorar os graus de profundidade de uma rede. Esses níveis são: reconhecimento, conhecimento, colaboração, cooperação e associação, sendo que cada nível serve de apoio para o seguinte (ROVERE, 1999). É possível representar essa construção pelo quadro que segue:

Quadro 4 - Níveis de construção de Redes (ROVERE, 1999)

| <b>NÍVEIS</b>  | <b>AÇÕES</b>                          | <b>VALORES</b> |
|----------------|---------------------------------------|----------------|
| 5. ASSOCIAR-SE | Compartilhar objetivos e projetos     | Confiança      |
| 4. COOPERAR    | Compartilhar atividades e/ou recursos | Solidariedade  |
| 3. COLABORAR   | Prestar ajuda esporádica              | Reciprocidade  |

|               |  |           |
|---------------|--|-----------|
| 2. CONHECER   | Conhecimento do que o outro é e/ou faz | Interesse |
| 1. RECONHECER | Reconhecer que o outro existe          | Aceitação |

Fonte: Adaptado de Mateus (2013).

Essa concepção de rede implica uma ação para fora dos serviços e das intervenções que vão além da clínica tradicional. Implica, também, as noções de território e intersectorialidade (MATEUS, 2013). O território é entendido como campo que ultrapassa o sentido geográfico, incorporando as pessoas que nele vivem, incluído tudo que atravessa a vida do sujeito: casa, escola, igrejas, clubes e outras instituições significativas. O território é o lugar psicossocial do sujeito (BRASIL, 2005).

Na intersectorialidade na ação do cuidado, crianças e adolescentes são, sempre, intersectoriais. A inclusão obrigatória na escola já amplia, desde a abordagem inicial, os vários espaços de escuta e intervenção. O plano local que pode apoiar a construção de autonomias, fornecer voz aos diferentes atores, fazer emergir novas soluções, aproximar-se da complexidade de soluções que ultrapassam as respostas setorializadas conhecidas, precisa ir além das propostas que visam tão somente ações de apoio/desenvolvimento comunitário ou intervenções governamentais e profissionais planejadas em bloco, sem respeito às especificidades, somente devidamente sinalizadas por quem as vive (MOYSÉS; FRANCO, 2014).

O trabalho clínico e os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) desenvolvidos no cuidado devem incluir o trabalho com outras instituições não clínicas do território para atingir a integralidade do cuidado, o que pode incluir a utilização dos diversos saberes de formações distintas, com o propósito de melhor atender o usuário. Em resumo, pode-se afirmar que a política brasileira de Saúde Mental compreende valores e princípios que emanam de legislações e documentos vários, mas que, em conjunto, devem embasar e formatar planos, programas, serviços e intervenções voltadas para o cuidado em saúde mental (MATEUS, 2013).

A partir do ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma Política Nacional específica sobre o tema da redução da demanda e oferta de drogas. Foi depois da realização da 20ª Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas

(CONAD) e criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada a Casa Militar da Presidência da República. A SENAD foi criada pela Medida Provisória nº. 1.669 e Decreto nº. 2.632, de 19 de junho de 1998 (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

Políticas públicas vêm sendo elaboradas para proteção dos direitos dos usuários, e repressão da venda de drogas, porém a aplicação de tais políticas na vida dessas pessoas precisa ser efetivada, com intuito de provocar mudanças de atitude, e isso se faz com propostas de educação permanente. De acordo com Freire (1967), não há educação fora das sociedades humanas e não há homem no vazio. A alienação humana é uma característica de alguns sujeitos que tendem a apenas executar, que não participam da elaboração de ações, prática tão antiga quanto à própria sociedade.

Ao colocar-se em evidência a educação e a saúde como forma libertadora de tal alienação, oferta-se ao ser humano atividade que se tornava de acesso para fazer-se presente e atuante no processo de transformação da própria realidade, tornando o usuário um agente ativo no processo de promoção da própria saúde. Toda forma de atividade em que há troca de informação entre seres humanos está sujeita à transmissão de valores morais, que influenciarão na formação do sujeito e na perspectiva perante a própria vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A palavra ensinada deve ter sentido ao educando, serve para que ele reflita sobre ela e, somadas as palavras, passe de um estado ingênuo para um estado consciente da situação social, passando a suplantá-la e, conseqüentemente, a viver com mais qualidade (FREIRE, 1967).

As pessoas que, por algum motivo, tiveram autonomia diminuída, devido ao uso de substâncias psicoativas (termo que se refere a drogas lícitas e ilícitas) (OMS, 2006), não estão fadadas a esse fim, desde que se entenda que podem ser libertadas, através do processo educativo que também trabalhe a higidez e permite o desenvolvimento.

De acordo com a atual Política Nacional sobre Drogas, é necessário dirigir ações de educação preventiva, inclusive em parcerias públicas ou com entidades privadas sem fins lucrativos, de forma continuada, com foco no indivíduo e contexto sociocultural, a partir da visão holística do ser humano e buscar de forma responsável e em conformidade com as especificidades de cada público-alvo, desestimular o uso inicial, promover a abstinência, conscientizar e incentivar a

diminuição dos riscos associados ao uso, ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2019).

### **3.2 Caracterização das Comunidades Terapêuticas**

A expressão Comunidade Terapêutica é um termo atribuído à aplicação a tratamentos psiquiátricos, nos anos próximos a 1940. *Maxwell Jones*, psiquiatra britânico, foi um dos pioneiros a utilizar o modelo em torno de 15 anos antes das Comunidades Terapêuticas surgirem na América do Norte. Tratava-se de nova possibilidade de abordagem do paciente, que deixou de ser exclusivamente individual para ser também grupal (DE LEON, 2012).

A diferença da Comunidade Terapêutica de outras modalidades de atendimento possui duas questões fundamentais: primeiro, porque oferece abordagem terapêutica, guiada na perspectiva da recuperação da dependência química, através do desenvolvimento de um novo estilo de vida; segundo, porque o principal agente terapêutico dentro da Comunidade Terapêutica é a comunidade por si mesma, ou seja, o ambiente social, a convivência entre os pares que, uma vez sendo modelos de sucesso na recuperação pessoal, servem de guias no processo dos outros. Assim, a Comunidade Terapêutica é tanto o contexto em que ocorre a mudança quanto o método que facilita a mesma. Certamente, o autor enfatiza ainda que o papel de agente dos membros do grupo mais experientes não exclui de nenhuma forma o papel fundamental da equipe técnica, que orienta tecnicamente todas as ações desenvolvidas dentro da Comunidade Terapêutica (DE LEON, 2012).

“As Comunidades Terapêuticas favorecem a suspensão do uso de drogas, a partir de uma transformação subjetiva, induzida por um conjunto de práticas e atividades realizadas em contexto de isolamento social e total abstinência de drogas. Configuram-se como residências coletivas temporárias, nas quais os usuários devem ingressar voluntariamente e ali permanecer por períodos extensos (em geral, de nove a doze meses), entre um conjunto de pares (pessoas que igualmente têm problemas com drogas) e sob a vigilância de monitores, em geral, pessoas que passaram pelo mesmo tratamento” (IPEA, 2018, p. 11).

No cenário da busca pela reeducação de vida, as Comunidades Terapêuticas surgem para ofertar tratamento para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, referida como terminologia amplamente utilizada internacionalmente

para descrever eficiente abordagem, em regime de internamento, para o tratamento de usuários de drogas e dos problemas associados a estes consumos e estilos de vida (SOMMER, 2011).

O termo Comunidade Terapêutica, inclui não somente um conjunto de pessoas que vivem experiências em comum, mas, igualmente, a noção de “comunhão” e de “participação em comum”, isto é, abordagem, segundo De Leon (2012) de auto e entreajuda.

Uma série de situações e condições de vida induzem pessoas à dependência química, entre elas problemas jurídicos, fiscais, de saúde, familiares, sociais, domésticos e de emprego. Essas várias condições diferem de um indivíduo para outro e podem mudar, ao longo do tempo, para o mesmo indivíduo. Porém, elas são todas percebidas como alguma forma de pressão exterior que compele o indivíduo a procurar admissão ao tratamento, permanecer em tratamento e deixar a situação de tratamento. Assim, o tratamento em si deve utilizar essas percepções externas para manter o indivíduo no processo de mudança (DE LEON, 2012).

A participação das Comunidades Terapêuticas na rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas tem se evidenciado mais desde 2006/2007, quando a SENAD realizou o primeiro mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007 (SENAD, 2007), com amostra de 1.256 serviços de tratamento para dependência química, constatou que 38% do total de serviços pesquisados e 65% dos serviços não governamentais eram compostos por Comunidades Terapêuticas (n = 596), que respondiam a 75% das internações realizadas no período do levantamento.

Esse resultado é fruto do crescimento do número de Comunidades Terapêuticas, o que, por um lado, significa acúmulo de experiência e surgimento de novas técnicas mais eficazes para o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, por outro lado, o fato de não existir qualquer regulamentação, leva a um funcionamento precário de muitas delas (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

A política brasileira tem uma perspectiva, predominantemente, patologizadora do uso de drogas; se é doença, trata-se com remédio (FOSSI; GUARESCHI, 2019). Ainda segundo as autoras, é preciso que o usuário cesse o consumo de drogas para que ele possa ser tratado. É nesse ponto em que o discurso médico-biológico

fortalece o tratamento nas Comunidades Terapêuticas, pautado pelo isolamento social e pela abstinência. As visitas dos familiares são parcas e restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais.

O exercício de poder gerado no embate entre forças democráticas e forças totalitárias, de acordo com Passos e Souza (2011), resultou em um jogo de contradições entre a Constituição Brasileira, que garante o direito a liberdades individuais, e o Código Penal Brasileiro, que proíbe que as pessoas usem substâncias psicoativas ilícitas.

Segundo Fossi e Guareschi (2019), a lógica do tratamento para usuários de drogas na Política pública de saúde estaria pautada pela Redução de Danos, que não prioriza, necessariamente, a abstinência. Existe, portanto, um embate entre os gestores e trabalhadores da saúde, implicados com o cuidado na lógica da Redução de Danos e na defesa do SUS devido ao caráter proibicionista do tratamento que é adotado pelas Comunidades Terapêuticas.

O modelo de cuidado proposto pelas Comunidades Terapêuticas se ancora em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade, combinando saberes com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. Dele, espera-se o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole, disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, mas necessárias para o sucesso na vida social (IPEA, 2017).

Ao abordar o tema religiosidade, encontra-se o modelo espiritual, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos. Para essa concepção, o problema da dependência química é basicamente uma falha espiritual e as intervenções se baseiam em grupos de ajudamútua. O modelo espiritual, também, é à base de compreensão das Comunidades Terapêuticas que são vinculadas às igrejas (SOUSA, 2005). A religiosidade se torna também uma espécie de atrativo para aquelas pessoas que querem se retratar com os erros cometidos.

“As práticas espirituais, por sua vez, são levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas, buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento

das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o enquadramento moral” (IPEA, 2017, p. 8).

Ainda sobre os três pilares propostos, enfatizando a questão da necessidade da presença de profissionais nas equipes das Comunidades Terapêuticas, existem resistências em muitas equipes de membros não técnicos (monitores, conselheiros, coordenadores), que manifestam notório desacordo com a participação de médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, invalidando o trabalho destes pelo fato de não possuírem experiência de vida pgressa em relação à dependência química e à recuperação dentro da Comunidade Terapêutica (PERRONE, 2019).

Perrone (2019) afirma, também, que por outro lado, em várias Comunidades Terapêuticas também se encontra resistência em relação à equipe técnica, por parte dos grupos religiosos que as lideram, sustentando o discurso de que a religião/espiritualidade seria o método de trabalho da Comunidade Terapêutica, portanto, não haveria necessidade de equipe técnica consistente, que atue em todas as frentes de trabalho da Comunidade Terapêutica.

As Comunidades Terapêuticas têm questionado as formulações abstratas, como o tratamento apenas medicamentoso, que nos faz pensar no uso de drogas afetando somente o fator orgânico do usuário, e não causando prejuízos em fatores, como o social e o psíquico, visto muitas vezes, pelos profissionais dessas comunidades como irrelevante para vida real dentro e fora destas (DE LEON, 2012).

Quanto à religiosidade, “não se trata primordialmente de uma busca pela conversão religiosa, como é comumente difundido”, ou seja, as Comunidades Terapêuticas utilizam a religiosidade como instrumento que contribui com a modificação dos comportamentos destrutivos e autodestrutivos e, conseqüentemente, com a prevenção da recaída, e não como mecanismo doutrinador (IPEA, 2017, p. 35). Os usuários não são obrigados à conversão religiosa dentro das Comunidades Terapêuticas, mas precisam conhecer e participar dos eventos inerentes como forma de disciplina e ocupação que irão refletir na mudança do estilo de vida.

Estudos como o de Perrone (2019), realizados nas Comunidades Terapêuticas no Brasil, apontam que ao longo dos últimos anos, essas Comunidades foram denunciadas por práticas desumanas, irregularidades e abusos em grande parte das instituições, sendo que muitas dessas práticas descaracterizam

absolutamente o serviço das Comunidades Terapêuticas, como a internação involuntária, grades e celas fortes, por exemplo.

O desconhecimento de toda a importância da abordagem das Comunidades Terapêuticas fez com que a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACIT), a Federação Evangélica do Brasil (FETEB), a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste, em parceria com a SENAD, revertissem essa situação, realizando reuniões governamentais, que possibilitassem o alinhamento de ações junto a outros Ministérios, e discussões ampliadas sobre a metodologia do mapeamento a ser feito das Comunidades Terapêuticas no Brasil (BRASIL, 2002).

Desse cenário, surgiu a necessidade do estabelecimento de padrão básico para o funcionamento desses serviços que garantisse a qualidade do trabalho de recuperação de usuários de drogas. Em 30 de maio de 2001, a diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou a Resolução de Diretoria Colegiada–RDC 101/01, substituída em 2011 pela RDC 29, estabelecendo o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos, decorrentes do Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas, segundo Modelo Psicossocial (BRASIL, 2002).

### 3.2.1 Nova configuração das Comunidades Terapêuticas

Segundo Brasil (2015), a desinstitucionalização e o processo de transição do modelo assistencial radicam nos territórios o cuidado em liberdade, substituindo o modelo manicomial. A Rede de Atenção Psicossocial, que atende a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011), vem, ao longo dos anos, assumindo o cuidado de usuários de drogas, fortalecendo a temática dos direitos sociais e civis, e dos direitos humanos a todos os usuários da RAPS.

Ainda, de acordo com Brasil (2015), é notório que, nas últimas três décadas, paralelamente ao fechamento de mais de 80 mil leitos em hospitais psiquiátricos, também conhecidos como manicômios, o que também é afirmado por Garcia (2012), ocorreu o custeamento de muitos hospitais psiquiátricos. Na atualidade, as drogas, em especial o *crack*, constituem tema de inquietação universal que, talvez, pelo caráter paradoxal, enigmático, complexo e multidimensional, é capaz de mobilizar



interesses de ordem intelectual, conceitual científica, econômica, política, estética, religiosa, médica, psicológica, legal, moral, ideológica e simbólica.

No Brasil, as instituições que prestam assistência aos usuários de drogas são, principalmente, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS - AD), hospitais e as Comunidades Terapêuticas. Em geral, utilizam os parâmetros terapêuticos baseados no internamento para desintoxicação, da permanência dia e ambulatorial; o modelo religioso das Comunidades Terapêuticas defende o afastamento do usuário de seu cotidiano, geralmente pelo prazo de nove meses, e prioriza a religiosidade e o trabalho (MEDEIROS, 2014).

Todos esses modelos enfocam o usuário e a substância utilizada por ele e desconsidera seu contexto social, seu estilo de vida, a significação e a ritualização do uso da droga (MEDEIROS, 2014). Ainda segundo a autora, os paradigmas que orientam o tratamento nas Comunidades Terapêuticas são fundamentados na religiosidade e no trabalho, estão relacionados à enfermidade da alma, da moral e do corpo, provocada pelo excesso ou transgressão das normas sociais.

Os modelos propostos pelas Comunidades Terapêuticas baseiam no modelo de Minnesota e Synanon, o qual segue os doze passos utilizados pelos Alcoólicos Anônimos (AA), porém, em regime fechado, sendo considerado como versão institucionalizada do AA. O tratamento varia entre as Comunidades Terapêuticas, que pode ter duração entre alguns dias ou até vários meses, sendo predominantemente espiritual, baseado na ajuda mútua (DAMAS, 2013).

O modelo psicossocial foi implantado para que o usuário tenha acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades, tendo como marco legal a Lei Federal de n.º 10.216, de 6 de dezembro de 2001, que garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. De forma geral, a Lei assegura às pessoas que se beneficiam das ações e dos serviços do SUS, tendo o direito a um tratamento que respeite a cidadania e que, por isso, deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, sem excluí-los, portanto, do convívio na sociedade (BRASIL, 2015).

Com base no cadastro de 2 mil Comunidades Terapêuticas, organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia, da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), observam-se Comunidades Terapêuticas instaladas no país, conforme descrição no Quadro 4 (IPEA, 2017).

Quadro 5 - Distribuição das Comunidades Terapêuticas por regiões geográficas e Estados da Federação

| <b>REGIÕES/ ESTADOS</b> | <b>NÚMERO</b> | <b>%</b>     |
|-------------------------|---------------|--------------|
| <b>NORTE</b>            | <b>139</b>    | <b>7,37</b>  |
| Rondônia                | 16            | 0,76         |
| Acre                    | 26            | 1,41         |
| Amazonas                | 18            | 0,98         |
| Roraima                 | 07            | 0,38         |
| Pará                    | 46            | 2,49         |
| Amapá                   | 07            | 0,38         |
| Tocantins               | 19            | 0,98         |
| <b>NORDESTE</b>         | <b>330</b>    | <b>17,06</b> |
| Maranhão                | 23            | 1,14         |
| Piauí                   | 14            | 0,76         |
| Ceará                   | 82            | 4,12         |
| Rio Grande do Norte     | 27            | 1,46         |
| Paraíba                 | 21            | 1,3          |
| Pernambuco              | 41            | 2,06         |
| Alagoas                 | 44            | 2,33         |
| Sergipe                 | 15            | 0,7          |
| Bahia                   | 60            | 3,2          |
| <b>SUDESTE</b>          | <b>812</b>    | <b>41,77</b> |
| Minas Gerais            | 275           | 13,33        |
| Espírito Santo          | 42            | 2,22         |
| Rio de Janeiro          | 75            | 3,95         |
| São Paulo               | 420           | 22,26        |
| <b>SUL</b>              | <b>510</b>    | <b>25,57</b> |
| Paraná                  | 156           | 7,58         |
| Santa Catarina          | 120           | 6,01         |
| Rio Grande do Sul       | 234           | 11,97        |
| <b>CENTRO OESTE</b>     | <b>172</b>    | <b>8,23</b>  |
| Mato Grosso do Sul      | 22            | 0,92         |
| Mato Grosso             | 58            | 2,98         |
| Goiás                   | 51            | 2,17         |
| Distrito Federal        | 41            | 2,17         |
| <b>BRASIL</b>           | <b>1.963</b>  | <b>100</b>   |

Fontes: Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas; Hospital das Clínicas de Porto Alegre; Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia/UFRGS e Cadastro das Comunidades Terapêuticas (2017).

Ainda de acordo com o perfil das Comunidades Terapêuticas, analisando os dados do Survey, a maior parte da população reside em áreas rurais (74,3%). Contudo, parte desta população se localiza em cidades que se caracterizam como capitais ou metrópoles(56%), isto é, cidades de grande porte (IPEA, 2017).

De acordo com Delgado (2011), se a sociedade não dispõe de tratamentos eficazes de serviços de atenção psicossocial ofertados nos territórios, sendo considerados insuficientes para demanda ligada às consequências do uso, abuso ou dependência química, a internação passa a ser vista como aceitação social, praticada pelas Comunidades Terapêuticas que, nos últimos anos, passaram a receber financiamento do SUS e a fazer parte da RAPS (BRASIL, 2011).

As Comunidades Terapêuticas são serviços que têm por objetivo garantir ambiente residencial protegido, técnica e eticamente orientado, que motive a mudança de estilo de vida e resgate da identidade do residente, durante o período de tratamento, com a oferta de rede de ajuda mútua, no processo de recuperação das pessoas, que promova oportunidades de aprendizado social e crescimento pessoal, resgatando a cidadania, através dos vários papéis sociais que o residente assume como membro responsável da Comunidade Terapêutica. Profissionais especializados, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, passam a compor, cada vez mais, os recursos humanos das Comunidades Terapêuticas, colaborando com o trabalho desenvolvido por essas instituições(BRASIL, 2014).

### **3.3 Qualidade de Vida de usuários de drogas**

Embora Qualidade de Vida seja difícil de definir precisamente, estudiosos concordam que ela depende da combinação complexa de fatores que incluem a saúde física, o bem-estar psicológico, a satisfação social e o conforto espiritual (BARBANTI, 2006).A dependência química é, cada vez mais, considerada problema de saúde pública, que poderá interferir nas várias dimensões da Qualidade de Vida

do indivíduo, (familiar, social, profissional, entre outras). Os valores, as crenças e as atitudes influenciam a percepção de cada pessoa acerca de toda a situação, o que poderá interferir diretamente na forma como esta vê, reflete, julga e assimila toda a informação, podendo, assim, por vezes, dificultar o tratamento e, conseqüentemente, a Qualidade de Vida (VALENTIM; SANTOS; RIBEIRO, 2014).

Embora a evolução da independência física e cognitiva faça parte do processo de reabilitação, pouco se tem estudado, mesmo sendo estes marcadores importantes para obtenção de resultados na área de saúde (ESCUDEIRO et al., 2006; BARBANTI, 2006).

A avaliação da Qualidade de Vida, na perspectiva do uso, abuso e dependência química, torna-se fator de grande relevância, pois a Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas descreve que há maior vulnerabilidade para o uso indevido dessas substâncias, naqueles indivíduos que estão insatisfeitos com a Qualidade de Vida, que possuem precária condição de saúde, que não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas ou que ainda apresentem integração comunitária deficiente (BRASIL, 2004).

A Qualidade de Vida é marcador que vem ganhando importância como forma de avaliar o impacto causado por uma patologia e a eficácia da terapêutica proposta e adotada pelo indivíduo. Logo, a avaliação desse marcador é importante critério para verificar o tratamento de cronicidades, como o abuso ou dependência de álcool, tabaco e outras drogas, permitindo, assim, avaliar os diferentes domínios e direcionar as estratégias para objetivos mais precisos (CASTRO et al. 2007).

O uso abusivo de álcool e outras drogas causa alterações e prejuízos na vida dos usuários, dentre os danos, de acordo com Miranda et al. (2006), o distanciamento dos amigos e a redução das atividades sociais, com conseqüente comprometimento da Qualidade de Vida, são vivenciados tanto pelo familiar quanto pelo usuário de drogas.

O desenvolvimento da dependência pode ser considerado parte de um processo de aprendizagem. A dependência é o resultado de uma interação complexa entre os efeitos fisiológicos das substâncias psicotrópicas no cérebro e o que o usuário interpreta daquela situação, relacionando-a ao ambiente e consolidando como aprendizado (ALIANE et al. 2006).

Em um estudo documental com 756 formulários de internação, desenvolvido em uma Comunidade Terapêutica para dependência química pertencente a uma instituição religiosa do interior do Estado de Rondônia, Beraldo *et al.* (2020), constatou que as maiores incidências de internação entre os homens ocorrem entre 25 e 34 anos de idade, seguidas de 35 e 45 anos. Estas duas faixas etárias, somadas, representam 56,4% da população estudada, o que aponta para o fato de que a idade de maior incidência de internação está entre 25 e 45 anos de idade.

Damacena *et al.* (2017), em uma investigação realizada em 43 Comunidades Terapêuticas do Estado de Goiás, reforçam que, todas eram instituições não governamentais, sendo que 76,7% recebem algum tipo de contribuição vinculada, a alguma entidade religiosa. Dentre elas, a grande maioria pertencia ao segmento evangélico (87,9%), seguida pela contribuição das Igrejas Católicas (12,1%). A existência de horários reservados à espiritualidade (oração, culto, leitura de textos bíblicos, missa, etc.) era unanimidade nas comunidades entrevistadas, de modo que, em sua maioria, as atividades religiosas eram realizadas diariamente (97,7%). Em apenas 2,3% a frequência dos horários destinados a atividades espirituais era semanal.

No estudo transversal de Radaelet *al.* (2018), com 67 usuários de uma Comunidade Terapêutica do Município de Espera Feliz-MG, que teve como intuito, estudar o tipo de droga de abuso, seu tempo de uso, o tempo de internação e o prognóstico do tratamento da dependência química, pode-se notar que 30 usuários tiveram um período de internação igual ou inferior a 30 dias, 21 usuários tiveram período igual ou menor a 125 dias, 11 usuários menos de 270 dias e apenas 05 desses usuários passaram por período igual ou superior a 270 dias de internação.

Dantas *et al.* (2017) utilizando o questionário *WHOQOL-Bref* em um estudo para avaliar a Qualidade de Vida de 101 usuários de drogas, sendo 51 homens (50,5%) e 50 mulheres (49,5%), que mantinham com o álcool e/ou outras drogas uma relação diagnosticável de dependência, observou-se que a Qualidade de Vida dos usuários é alterada em todos os domínios do questionário. Houve um menor índice de satisfação com os aspectos que integram o meio ambiente (41,89%) e o psicológico (43,77%). Numa análise geral de ambos os sexos, os dados coletados revelaram que 43,79% dos usuários avaliaram sua Qualidade de Vida como muito ruim, 15,19% avaliaram como ruim e 25,82% referiram que sua Qualidade de Vida

se enquadrava na categoria nem ruim, nem boa. Dos usuários, apenas 15,20% enquadraram sua Qualidade de Vida dentro das categorias boa e muito boa.

Justina (2019) aponta em estudo realizado na abordagem pré e pós-tratamento clínico, utilizando o questionário *WHOQOL-Bref* com 32 usuários de *crack* do sexo masculino, que iniciaram o tratamento a base de terapia medicamentosa, em uma Unidade de Reabilitação para dependentes químicos, que apenas 20 concluíram o tratamento. O comprometimento da Qualidade de Vida envolve a saúde física, mental, social e emocional dos indivíduos. Esse marcador indica a situação na qual o usuário chegou até a instituição, o impacto que o consumo tem causado e os resultados obtidos após a adesão ao tratamento, sendo expressos pela classificação dos domínios de Qualidade de Vida após cálculo da média, demonstrando que 75% necessitam melhorar no pré-tratamento e 5% que necessitam melhorar no pós-tratamento, bem como de 12,5% regular para 0% e de 12,5% para 90% os que classificam como estando boa sua Qualidade de Vida.

Em um estudo transversal com 50 usuários de drogas em reabilitação, em uma casa de acolhimento do Município de Maceió, Oliveira *et al.* (2014), constataram que os resultados da avaliação da Qualidade de Vida dos usuários quanto as características sociodemográficas, com a variável idade, foi prevalente entre os que tinham entre 18 e 30 anos, 58%, 30 a 45 anos 32% e entre 45 a 60 anos, com 10%. Entre a variável escolaridade, foi mais alto o índice entre os que possuem ensino fundamental ou mais 76%, alfabetizados 14% e analfabetos 10%.

De acordo com estudo realizado por Perrone (2019), ao avaliar fatores associados à recidiva e ao abandono do tratamento de usuários de drogas, em relação à Escala de Apoio Social, pode-se observar grande aumento na taxa de resposta maior que 70%, principalmente entre homens, sendo para estes a taxa inicial 65,2% e a final 90,0% (aumento de 38,0%). Este resultado é esperado, considerando que o processo terapêutico na Comunidade Terapêutica foca justamente no aumento dos fatores externos de proteção, o que contribui com o processo de reinserção social.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se pela abordagem de natureza quantitativa. Quanto ao tipo de objeto do estudo, trata-se de pesquisa descritiva e analítica, pois expõe as características de determinada população. No tocante ao procedimento técnico, foi do tipo levantamento, propondo a interrogação direta de pessoas.

A pesquisa quantitativa é caracterizada pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 1999). Nesse tipo de pesquisa, a representação dos dados ocorre através de técnicas quânticas de análise, cujo tratamento objetivo dos resultados dinamiza o processo de relação entre variáveis (MARCONI; LAKATOS, 2011). Supõe-se que, desta forma, facilita-se a materialização do raciocínio abstrato, aumentando a chance do conhecimento do público, pois, o resultado estará demonstrado e a veracidade “comprovada”. Esta característica reverbera a máxima ocidental, segundo a qual, “os números falam por si” (XAVIER, 2010, p. 19).

De acordo com o delineamento, este estudo foi de levantamento. Esse tipo de pesquisa ocorre quando envolve a interrogação direta das pessoas, cujo comportamento se deseja conhecer através de algum tipo de questionário. Em geral, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obter as conclusões correspondentes aos dados coletados. Entre as principais vantagens dos levantamentos, estão: conhecimento direto da realidade, economia, rapidez e quantificação (PRODANOV; FREITAS, 2015).

#### **4.2 Área de realização**

O Município de Imperatriz possui população estimada em 258.016 pessoas, levando o título de segunda maior cidade do Estado do Maranhão, sendo referência comercial e em saúde para cidades vizinhas e algumas cidades dos Estados do Tocantins e Pará. Por se tratar de rota que interliga estados e municípios, o número de transeuntes se torna intenso, o que facilita a permanência de pessoas de diversos locais, dando ao município a característica de berço acolhedor para várias

necessidades, especialmente em saúde. De acordo com a divisão do Estado do Maranhão, em 19 Regionais de Saúde, o Município de Imperatriz ocupa o nonolugar, sendo contemplado com número expressivo de Comunidades Terapêuticas. Portanto, o estudo foi realizado nas três Comunidades Terapêuticas masculinas instaladas no Município de Imperatriz – MA (IBGE, 2018).

#### **4.3 População e Amostra**

Para esta pesquisa, solicitou-se a participação dos usuários em tratamento nas Comunidades Terapêuticas masculinas da Cidade de Imperatriz–MA. A amostra da pesquisa foi do tipo não probabilístico por acessibilidade ou conveniência, formada por 80 usuários de drogas, que recebiam tratamento nas Comunidades Terapêuticas masculinas de Imperatriz-MA. Essa amostra está relacionada à média da população de usuários em tratamento nas Comunidades Terapêuticas, no momento da pesquisa.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ser do sexo masculino, usuários de substâncias psicoativas, com período de tratamento mínimo de 30 dias na Comunidade Terapêutica, maiores de idade, e que aceitassem a participação na pesquisa de forma voluntária, confirmando com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de exclusão, não participaram os usuários menores de idade e aqueles que apresentaram diagnósticos médicos de transtornos psiquiátricos. Todos os usuários que se encontravam na Comunidade no momento da entrevista, aceitaram participar, somente não participaram aqueles que por motivos laborais ou de saúde, não se encontravam presentes.

#### **4.4 Instrumentos**

Para coleta de dados que aconteceu durante o horário das atividades diárias dos usuários, utilizaram-se o Questionário de Identificação da Amostra, desenvolvido por Perrone (2019) (ANEXO A), do Questionário *WHOQOL-Bref* (1999) (ANEXO B) e da Escala de Apoio Social, adaptada por Perrone (2019) (ANEXO C).



A *a priori*, aplicou-se o Questionário de Identificação da Amostra (ANEXO A) que possui papel de registro de dados gerais da amostra pesquisada. Neste questionário, é possível identificar fatores como: gênero, Idade, naturalidade, raça, estado civil, número de filhos, profissão e escolaridade, e outros, a fim de tornar possível traçar os aspectos sociodemográficos dos usuários.

O segundo questionário é o *World Health Organization Quality of Life-Bref* (ANEXO B), utilizado para avaliar a Qualidade de Vida dos usuários. Trata-se de versão abreviada do *WHOQOL-100*, traduzida e validada pelo grupo de estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde no Brasil, desenvolvido diante da necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. O questionário é amplamente utilizado em áreas sociais, da saúde e políticas, e terá, em média, a duração de 15 minutos para resposta do pesquisando, e acompanhamento por parte do pesquisador (FLECK *et al.* 1999).

Para avaliação da Qualidade de Vida, aplicou-se o *WHOQOL-Bref*, que de acordo com Brasilet *al.* (2017), possui 26 questões, sendo duas a respeito da Qualidade de Vida em Geral (QV Geral) e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original e estão divididas em quatro domínios: Físico (e. g. dor física e desconforto, dependência de medicamento/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho); Psicológico (e. g. sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima); Relações sociais (e. g. relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social); e Ambiente (e. g. segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte). As questões do *WHOQOL-Bref* (FLECK *et al.* 2008) são formuladas para respostas em Escala Tipo *Likert*, atribuindo valores de 1 a 5, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, “muito ruim” a “muito bom”).

As regras para o cálculo dos resultados do *WHOQOL-Bref* consistem em verificar se todas as 26 questões foram preenchidas com os valores de 1 a 5, além da inversão de todas as questões, cuja escala de respostas é contrária, calculam-se os escores dos domínios pela soma dos escores da média das “n” questões que

compõem cada domínio (nos domínios compostos por até setequestões, o cálculo éfeito somente se o número de facetas não calculados não for  $\geq 2$ ; nos domínios compostos por mais de setequestões, é realizado somente se o número de facetas não calculados não for  $\geq 3$ ), sendo o resultado multiplicado por 4 e representado em uma escala de 4 a 20 (Péssimo: 0-5; Ruim: 6-10; Boa: 11-15 e ótima: 16-20, numa escala entre 0 e 20) *WHOQOL-Bref* (FLECK *et al.* 2008).

O terceiro instrumento é a Escala de Apoio Social (EAS) (ANEXO C), que corresponde aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade, podendo ser mensurado por meio da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções, como: apoio emocional, material e afetivo. De acordo com Griep *et al.* (2005), este instrumento (EAS) foi validado no Brasil, em 2005, e abrange cinco tipos principais de apoio social: 1) material (4 perguntas); 2) afetivo (3 perguntas); 3) emocional (4 perguntas); 4) informação (4 perguntas); 5) interação social positiva (4 perguntas).

Para avaliação do Apoio Social, de acordo com Perrone (2019),apresentaram-se cinco opções de resposta para todas as perguntas: 1 (nunca); 2 (raramente); 3 (às vezes); 4 (quase sempre) e 5 (sempre). Para o cálculo de escores padronizados de cada um dos cinco tipos de Apoio Social, atribuíram-se pontos a cada opção de resposta, que variaram entre 1 (nunca) e 5 (sempre).

#### **4.5 Plano para coleta de dados**

Inicialmente,realizou-se visita prévia para entrega daCarta de Apresentação (APÊNDICE A) aos Coordenadores das Comunidades Terapêuticas. Para que fosse concedida a autorização para realização da pesquisa, foi necessária a assinatura do Termo de Autorização da Instituição (APÊNDICE B). Todos os cuidados éticos quanto ao processo de consentimento livre e esclarecido dos usuáriosforam respeitados e organizados em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE C).

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, no mês de julho de 2019, e foi autorizada através do Parecer número 3.642.044 (ANEXO D), estando,então, apta para realização da coleta e posterior análise dos dados. Enfatiza-seque os usuários confirmaram o

aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata dos princípios e rigores éticos presentes na Resolução de n.º 510, de 7 de abril de 2016 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos usuários participantes da pesquisa, à Comunidade Científica e ao Estado (BRASIL, 2016).

Realizou-se contato individual com cada usuário, para apresentação do pesquisador, explicação do objetivo da pesquisa, do consentimento da participação e coleta das assinaturas no TCLE. No segundo encontro individual, aplicaram-se os Questionários de Identificação da Amostra para coleta de dados sociodemográficos, desenvolvido por Perrone (2019), o Questionário *WHOQOL-Bref*, forma abreviada do *WHOQOL-100* que avalia a Qualidade de Vida dos usuários, e a Escala de Apoio Social, adaptada de Perrone (2019) que corresponde aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade.

Os questionários utilizam questões de múltipla escolha, em que os usuários optaram por uma das alternativas, que segundo Chagas (2000) devem ser coletivamente exaustivas e, mutualmente, exclusivas. Para que sejam mutuamente exclusivas, cada usuário identificou apenas uma opção que representa corretamente a resposta, pois a escolha de uma alternativa excluiu todas as demais. Este instrumento foi aplicado no momento em que o usuário se encontrava estabilizado no tratamento, com objetivo de avaliar se houve aumento na percepção de sentir-se protegido ou cuidado, considerando isto como fator importante para iniciar o processo de reinserção social, o que é determinante também para melhoria na Qualidade de Vida. O questionário foi aplicado no segundo semestre de 2019, cujos resultados dos questionamentos estão distribuídos em tabelas para melhor compreensão desta pesquisa.

#### **4.6 Plano para análise de dados**

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados específico, criado no programa *Microsoft Excel*, versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, realizou-se análise descritiva estatística, utilizando-se de cálculos

de frequência absolutas, percentuais, médias e desvios-padrão das características sociodemográficas, clínicas, de Apoio Social e Qualidade de Vida.

Procedeu-se à análise para comparar os escores totais da Qualidade de Vida e de Apoio Social entre características sociodemográficas e clínicas. Testes de normalidade (*Shapiro-Wilk*) e de homogeneidade de variância (*Bartlett*), ambos a 5% de significância, foram realizados para verificar a possibilidade de realização de testes paramétricos. Estes pressupostos foram rejeitados em todos os casos, logo, utilizaram-se testes não paramétricos de *Kruskal-Wallis* (*post-hoc* de *Nemenyi* para realização de comparações múltiplas) e *U Wilcoxon-Mann-Whitney* a 5% de significância.

Em seguida, calculou-se matriz de correlações entre os domínios da Qualidade de Vida e Apoio Social. Em virtude do comportamento dos dados, com base nos Testes de normalidade de *Shapiro-Wilk*, utilizou-se da correlação de *Spearman*. As análises foram realizadas por meio do programa *SPSS* (GEORGE; MALLERY, 2016).

#### **4.7 Riscos**

Considera-se que a presente pesquisa apresentou riscos mínimos para o usuário. Podem ser citados possíveis riscos, como ao responder aos questionários, o usuário poderia ter se sentido desconfortável emocionalmente, sentindo constrangimento e aborrecimento, por fornecer informações pessoais. Garantiu-se ao usuário a confidencialidade, tendo total consciência que a participação na pesquisa foi de forma voluntária e esclarecida, por intermédio de concessão de consentimento e assentimento.

Se por ventura o usuário demonstrasse sentimento negativo ou se sentisse prejudicado ao responder aos questionários, teve livre arbítrio para recusar-se em permanecer na pesquisa a todo e qualquer momento. Caso houvesse recusa na participação, isso não teria gerado impacto na rotina das ações institucionais. Em momento algum, a identidade dos usuários foi revelada, pois todos tiveram total sigilo e não foram expostos em nenhuma publicação.

O nome do usuário ou o material que indica a participação não foi liberado sem a permissão do mesmo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão

arquivados com o pesquisador responsável por período de cinco anos, e após esse tempo, serão destruídos. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedeceram aos critérios da ética na pesquisa com seres humanos, conforme Resolução n. 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.8 Benefícios**

A identificação dos fatores individuais, institucionais e sociais, inerentes aos usuários, visa benefícios diretos aos participantes e à instituição, pois busca contribuir para ampliação dos conhecimentos acadêmicos e científicos sobre os fatores que colaboram com o desenvolvimento de propostas para melhorar a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas.

#### **4.9 Desfecho primário**

Almejou-se que esta pesquisa proporcionaria melhor entendimento sobre o papel das Comunidades Terapêuticas na vida de usuários de drogas que realizavam tratamento, não apenas no que tange aos fatores biológicos, mas sim, no produto final, na resposta ofertada à sociedade, que vem de encontro com a necessidade do sujeito em voltar a sentir-se parte do convívio social.

O retorno e a permanência nos contextos sociais típicos do usuário são de grande relevância, pois quanto mais redes de apoio conseguir acessar, menores serão as chances de recair. Portanto, para que isso seja possível, faz-se necessário o estudo dos fatores inerentes a esses sujeitos, ainda na fase de tratamento, para que esses resultados sejam alcançados e venham a manter a Qualidade de Vida de cada um, assim como daqueles que compõem a singularidade.

### **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados estão organizados em quatro partes. Primeiramente, estão apresentadas as informações demográficas: (a) unidades federativas de nascimento

e residência dos usuários (Tabela 1); (b) perfil sociodemográfico dos usuários (Tabela 2).

Na segunda parte, aduzem-se as relações estabelecidas entre os usuários de Comunidades Terapêuticas e a droga: (a) relação com o uso de drogas (Tabela 3). Na terceira parte, expõem-se os domínios da Qualidade de Vida dos usuários de drogas: (a) avaliação da Qualidade de Vida de usuários (Tabela 4); (b) Qualidade de Vida de acordo com as características sociodemográficas (Tabela 5); (c) Qualidade de Vida de acordo com o número e tempo de internação (Tabela 6).

Na quarta parte, mostram-se os domínios da Escala de Apoio Social: (a) Escala de Apoio Social (*Social Supported Scale*) de usuários (Tabela 7); (b) Apoio Social de acordo com as características sociodemográficas (Tabela 8); (c) Escala de Apoio Social (*Social Supported Scale*) de usuários quanto ao número e tempo de internação (Tabela 9).

A última parte revela as relações entre Qualidade de Vida e a Escala de Apoio Social (Qualidade de Vida ruim, boa e ótima), a matriz de correlação de *Spearman* entre os domínios da Qualidade de Vida em relação aos do Apoio Social com variáveis independentes, como material, afetivo, emocional, informação e interação social.

O questionário foi aplicado no segundo semestre de 2019, cujos resultados estão distribuídos em tabelas para melhor compreensão desta pesquisa.

## 5.1 Resultados da naturalidade e residência dos usuários das Comunidades Terapêuticas participantes da pesquisa

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos usuários das Comunidades Terapêuticas entrevistados durante a pesquisa, características como unidade federativa de naturalidade e local de residência.

Tabela 1 - Unidades federativas de nascimento e residência dos usuários, (n=80)

|                   | n  | %    |
|-------------------|----|------|
| <b>Nascimento</b> |    |      |
| MA                | 37 | 78,7 |
| TO                | 4  | 8,5  |
| PA                | 3  | 6,4  |
| AL                | 1  | 2,1  |
| PB                | 1  | 2,1  |

|                         |           |              |
|-------------------------|-----------|--------------|
| DF                      | 1         | 2,1          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>47</b> | <b>100,0</b> |
| <b>UF de Residência</b> |           |              |
| MA                      | 48        | 81,4         |
| TO                      | 9         | 15,3         |
| PA                      | 2         | 3,4          |
| <b>TOTAL</b>            | <b>59</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Autoria própria (2019).

O estado mais citado foi o Maranhão, tanto em relação à naturalidade com 37 (78,7%) quanto ao local de residência (81,4%), isso se explica devido à própria localização geográfica, pois as Comunidades Terapêuticas estão localizadas em Imperatriz, que foi citada por 34,5% dos usuários em relação à naturalidade e 50,8% quanto ao local de residência, sendo que esta é a segunda maior cidade do Estado do Maranhão, que perde em potencialidade e desenvolvimento apenas para Capital São Luís. Outro fator relevante é o fato de Imperatriz ser cidade fronteirista, sendo o limite entre o Estado do Maranhão e Tocantins, dividida pelo Rio Tocantins, que leva o nome do Estado.

Foi possível observar também que 19,0% afirmaram ser brasileiros, isso é reflexo também do baixo nível escolar, redução na compreensão do preenchimento da pesquisa e, até mesmo, por omissão das informações, pois existem aqueles que não quiseram ser identificados ou encontrados e temiam que a entrevista corroborasse para esse fim. Informa-se que, no trabalho em questão, naturalidade e local de residência errados foram enquadrados como ignorados.

## 5.2 Resultados do perfil sociodemográfico dos usuários das Comunidades Terapêuticas participantes da pesquisa

A Tabela 2 traz as características sociodemográficas dos usuários das Comunidades Terapêuticas participantes da pesquisa, em que se observam fatores como: idade, religião, estado civil, cor/raça, número de filhos, atividade escolar atual, grau de escolaridade, trabalho atual e profissão.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos usuários, (n=80)

|                     |         | n  | %    |
|---------------------|---------|----|------|
| <b>Idade (anos)</b> | ≤ 20    | 10 | 13,7 |
|                     | 21 - 30 | 21 | 28,8 |
|                     | 31 - 40 | 25 | 34,2 |
|                     | 41 - 50 | 10 | 13,7 |
|                     | 51 - 60 | 2  | 2,7  |

|                                  |  |           |              |
|----------------------------------|--|-----------|--------------|
|                                  | > 60                                     | 5         | 6,8          |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>73</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Religião</b>                  | Evangélica                               | 65        | 81,3         |
|                                  | Católica                                 | 10        | 12,5         |
|                                  | Não tem                                  | 4         | 5,0          |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>80</b> | <b>100,0</b> |
| (Continua)                       |  |           |              |
| (Conclusão)                      |  |           |              |
|                                  |  | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
| <b>Você pratica sua religião</b> | Frequente 2x por semana ou mais          | 39        | 54,9         |
|                                  | Não frequento, oro, rezo e acredito      | 9         | 12,7         |
|                                  | Não tenho prática religiosa              | 7         | 9,9          |
|                                  | Frequente 1x por semana                  | 6         | 8,5          |
|                                  | Frequente 3x por mês                     | 6         | 8,5          |
|                                  | Frequente menos de 1x por mês            | 4         | 5,6          |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>71</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Estado civil</b>              | Solteiro                                 | 46        | 60,5         |
|                                  | Casado                                   | 13        | 17,1         |
|                                  | Separado                                 | 8         | 10,5         |
|                                  | Outros                                   | 4         | 5,3          |
|                                  | Amasiado                                 | 3         | 3,9          |
|                                  | Viúvo                                    | 2         | 2,6          |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>76</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Cor/raça</b>                  | Parda                                    | 39        | 49,4         |
|                                  | Preta                                    | 20        | 25,3         |
|                                  | Branca                                   | 19        | 24,1         |
|                                  | Indígena                                 | 1         | 1,3          |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>79</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Filhos</b>                    | Não possui                               | 33        | 41,3         |
|                                  | 1  | 18        | 22,5         |
|                                  | 2  | 15        | 18,8         |
|                                  | 3  | 4         | 5,0          |
|                                  | 4  | 4         | 5,0          |
|                                  | 5  | 2         | 2,5          |
|                                  | 6  | 3         | 3,8          |
|                                  | 11                                       | 1         | 1,3          |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>80</b> | <b>100</b>   |
| <b>Estuda</b>                    | Não                                      | 31        | 79,5         |
|                                  | Sim                                      | 8         | 20,5         |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>39</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Escolaridade</b>              | Analfabeto                               | 5         | 7,4          |
|                                  | EFI                                      | 31        | 45,6         |
|                                  | EFC                                      | 10        | 14,7         |
|                                  | EMI                                      | 8         | 11,8         |
|                                  | EMC                                      | 9         | 13,2         |
|                                  | ESI                                      | 2         | 2,9          |
|                                  | ESC                                      | 3         | 4,4          |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>68</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Trabalha</b>                  | Sim                                      | 23        | 57,5         |
|                                  | Não                                      | 17        | 42,5         |
|                                  | <b>Total</b>                             | <b>40</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Profissão</b>                 | Serviços gerais, limpeza de equipamentos | 18        | 25,7         |
|                                  | Outro                                    | 14        | 20,0         |
|                                  | Trabalhador rural                        | 8         | 11,4         |
|                                  | Ocupações de transporte                  | 6         | 8,6          |
|                                  | Vendas                                   | 6         | 8,6          |
|                                  | Ocupações de produção                    | 4         | 5,7          |
|                                  | Empregados domésticos                    | 3         | 4,3          |



|   |           |              |
|---|-----------|--------------|
| Operadores de máquina                               | 3         | 4,3          |
| Ocupações técnicas                                  | 3         | 4,3          |
| Ocupações de serviços, exceto empregados domésticos | 2         | 2,9          |
| Gerente/ Administrador de fazenda                   | 1         | 1,4          |
| Apoio administrativo e de escritório                | 1         | 1,4          |
| Ocupações gerenciais                                | 1         | 1,4          |
| <b>Total</b>  | <b>70</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Autoria própria (2019).

A idade média dos usuários foi de  $34,6 \pm 12,9$  anos, sendo que o mais novo e o mais velho tinham, respectivamente, 17 e 86 anos. A presente média e a dispersão foram superiores às verificadas ( $31 \pm 8$  anos) por Moreira *et al.* (2013).

De acordo com um estudo apresentado por Beraldo *et al.* (2020), desenvolvido em uma Comunidade Terapêutica do Estado de Rondônia, constatou que a idade de maior incidência de internação está entre 25 e 45 anos, 56,4% da população estudada.

Quanto à religião praticada, 81,3% se declararam evangélicos, 12,5% afirmaram ser católicos, 5,0% informaram não possuir nenhuma religião, enquanto que 1,3% disseram não saber qual a religião. Quando questionados sobre a prática da religião, 54,9% afirmaram frequentar duas vezes por semana ou mais, e 12,7% declararam não frequentar, mas oravam ou rezavam e acreditavam, 9,9% dos usuários afirmaram não possuir prática religiosa.

De acordo com estudo realizado por Damacena *et al.* (2017), em 43 Comunidades Terapêuticas da Região Metropolitana de Goiânia, o envolvimento religioso é capaz de oferecer apoio social e exercer efeito sobre a mudança de comportamento dos usuários de drogas, já que uma vez inserido em um grupo religioso, o usuário pode estabelecer contato com outras pessoas da mesma comunidade, fortalecer os laços sociais e construir nova visão de vida que oferece esperança e recompensa pela sobriedade.

As autoras destacam ainda que, a existência de horários reservados à prática da espiritualidade, como oração, culto, leitura de textos bíblicos e missa, era unanimidade nas Comunidades entrevistadas, de modo que, em sua maioria, as atividades religiosas eram realizadas diariamente (97,7%), em apenas 2,3% a frequência dos horários destinados a atividades espirituais era semanal.

Sobre a análise do estado civil dos usuários, destacaram-se 60,5% de solteiros, 17,1% casados e 10,5% separados. A cor/raça traz a seguinte configuração: 49,4% se declararam pardo, 25,3% afirmaram ser pretos, 24,1% declararam ser brancos, enquanto apenas 1,3% dos usuários entrevistados

afirmaram ser da raça indígena. Estes resultados foram próximos aos encontrados em Moreira *et al.* (2013).

Em relação ao quantitativo de filhos dos usuários das Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA, constatou-se que a maior parte não tinha filhos (41,3%), enquanto que 22,5% afirmaram possuir um filho, 18,8% declararam possuir dois, 5,0% tinham três, 5,0% quatro, 2,5% afirmaram possuir cinco, 3,8% três e somente 1,3% dos usuários declarou possuir 11 filhos.

Quando questionados sobre as práticas de atividades escolares, 79,5% afirmaram não estudar, enquanto 20,5% declararam ser estudantes. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria afirmou possuir o ensino fundamental incompleto (45,6%) e completo (14,7%), enquanto que 13,2% afirmaram possuir o ensino médio incompleto e 4,4% dos usuários das Comunidades Terapêuticas declararam possuir o ensino superior completo.

Sobre atividades laborais, os usuários entrevistados responderam que 57,5% possuíam ocupação laboral, enquanto que 42,5% não possuíam emprego. O tipo de profissão também foi questionado, e para melhor expor essa análise, a estrutura das respostas foi de 25,7% de pessoas que atuavam em serviços gerais, limpeza de equipamento, serviço auxiliar e operário, 20,0% não opinaram nas profissões específicas, escolhendo outras como opção, 11,4% declararam ser trabalhador rural, enquanto que 8,63% afirmaram trabalhar com vendas.

### 5.3 Resultados da relação estabelecida entre os usuários de Comunidades Terapêuticas e a droga

A Tabela 3 evidencia a vinculação do usuário à substância psicoativa, em relação ao tempo de uso, assim como a forma como veio a se interessar pela substância e, principalmente, como os tipos de apoio que buscou para tentar se libertar e melhorar a condição de vida que vinha sendo prejudicada pelo uso abusivo de drogas.

Tabela 3 - Relação com o uso de drogas (n=80)

|                             |         | N  | %    |
|-----------------------------|---------|----|------|
| <b>Uso de drogas (anos)</b> | < 15    | 27 | 38,0 |
|                             | 15 - 20 | 30 | 42,3 |

|  |              |           |              |
|--|--------------|-----------|--------------|
|  | > 20         | 14        | 19,7         |
|  | <b>Total</b> | <b>71</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Onde conheceu as drogas</b>           | Com amigos   | 47        | 75,8         |
|  | Na escola    | 8         | 12,9         |
|  | Com parentes | 7         | 11,3         |
|  | <b>Total</b> | <b>62</b> | <b>100,0</b> |
| (Continua)                               |              |           |              |
| (Conclusão)                              |              |           |              |
|  |              | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
| <b>Número de internações</b>             | 1            | 20        | 27,4         |
|  | 2            | 14        | 19,2         |
|  | 3            | 21        | 28,8         |
|  | 4            | 8         | 11,0         |
|  | 5 ou mais    | 10        | 13,7         |
|  | <b>Total</b> | <b>73</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Tempo de internação atual (meses)</b> | 1 -3         | 34        | 45,3         |
|  | 3 -6         | 32        | 42,7         |
|  | 6 -12        | 8         | 10,7         |
|  | >12          | 1         | 1,3          |
|  | <b>Total</b> | <b>75</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Tem contato com os familiares</b>     | Sim          | 67        | 85,9         |
|  | Não          | 11        | 14,1         |
|  | <b>Total</b> | <b>78</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Autoria própria (2019).

Quanto à idade com que os usuários iniciaram o uso de drogas, 38,0% tinham menos de 15 anos, 42,3% afirmaram possuir entre 15 e 20 anos de idade, já 19,7% dos usuários entrevistados tinham mais de 20 anos de idade. Este resultado demonstra que mais de 80% dos entrevistados iniciaram o uso até os 20 anos, idade correspondente à adolescência, tendo o sistema cognitivo ainda em formação.

Quando questionados sobre a forma que tiveram acesso ao uso inicial de drogas, 75,8% afirmaram que a influência dos amigos foi o motivo que os levou a fazer uso de drogas, já 12,9% relataram que foi na escola que passaram a fazer uso de drogas, e 11,3% declararam que iniciaram no mundo das drogas por influência de parentes, e que por esse motivo se sentiam mais livres para exercer o uso.

No tocante às razões que levam os adolescentes a fazerem uso de drogas, em revisão sistemática da produção científica realizada por Canavezet *al.* (2017), verificou-se como circunstâncias motivadoras a convivência com grupos de risco, os quais façam uso de substâncias psicoativas, possibilitando, na visão do adolescente, meios de conviver satisfatoriamente com o grupo e ser reconhecido através de costumes e valores que possam promover semelhança.

A análise relacionada ao número de internações sofridas demonstrou que 27,4% foram internados pelo menos uma vez; 19,2%, duas vezes; a maioria dos

entrevistados, 28,8%, afirmou já ter sido submetido à internação três vezes; enquanto 11,0% declararam quatro, mas 13,7% dos usuários acompanhados nas Comunidades Terapêuticas, referiram ter sofrido internação acima de cinco vezes, em órgãos de saúde responsáveis por tratar pessoas que sofrem com a dependência química.

De acordo com estudo de Radaelet *al.* (2018), com 67 usuários que enfrentaram o desafio da reabilitação em uma Comunidade Terapêutica de Minas Gerais, 30 usuários tiveram um período de internação igual ou inferior a 30 dias, 21 por tempo igual ou menor que 125 dias, 11 por menos de 270 dias e apenas 05 desses usuários por período igual ou superior a 270 dias de internação.

Sobre o tempo de internação atual, 45,3% estavam internados entre um e três meses; 42,7% entre três e seis meses; 10,7% entre seis e doze meses; e 1,3% a mais de 12 meses.

E, por fim, quando os usuários foram questionados sobre o acompanhamento por parte dos familiares, 85,9% relataram possuir contato com os familiares, enquanto 14,1% não mantinham relações com os parentes.

#### 5.4 Resultados dos domínios da Qualidade de Vida de usuários de drogas

O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida *WHOQOL-Bref* permitiu conhecer a percepção da Qualidade de Vida de pessoas usuárias de drogas em tratamento nas Comunidades Terapêuticas, na Cidade de Imperatriz-MA (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação da Qualidade de Vida de usuários, (n=80)

|                         | <b>Média</b> | <b>Desvio padrão</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
|-------------------------|--------------|----------------------|---------------|---------------|
| <b>Físico</b>           | 15,88        | 2,57                 | 7,43          | 20,00         |
| <b>Psicológico</b>      | 15,96        | 2,23                 | 10,00         | 20,00         |
| <b>Relações sociais</b> | 15,40        | 3,54                 | 4,00          | 20,00         |
| <b>Meio ambiente</b>    | 14,81        | 2,34                 | 9,33          | 18,50         |
| <b>GERAL</b>            | <b>15,55</b> | <b>1,99</b>          | <b>9,38</b>   | <b>19,23</b>  |

Fonte: Autoria própria (2019).

De acordo com a Tabela 4, ao analisar os resultados referentes à QV, estes, de forma geral, mostraram-se satisfatórios, sendo que os domínios ligados ao Psicológico, Físico e Geral obtiveram os maiores, enquanto que o domínio Meio Ambiente foi o menor. Moreira *et al.* (2013) estudaram a QV de usuários de SPAs do

Serviço de Informação e Orientação sobre o abuso de drogas (VIVAVOZ). Na oportunidade, os autores verificaram menores escores para todos os domínios, em relação ao presente trabalho, tendo apresentado escores médios iguais a  $14,6 \pm 2,7$ ,  $13,6 \pm 3,0$ ,  $13,4 \pm 3,9$ ,  $13,1 \pm 2,7$ ,  $13,9 \pm 3,5$  e  $13,7 \pm 2,4$  para os domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente e Geral, respectivamente.

Valores menores foram verificados por Dantas *et al.* (2017), que estudando usuários de drogas, apresentaram escores variando entre 8,38, no domínio Meio ambiente, e 10,40 no Físico, ao considerar escala de zero a 20. Os autores citaram que 43,8% dos usuários avaliaram a QV como ruim e apenas 15,2% enquadraram a QV dentro das categorias boa e ótima. De acordo com Almeida *et al.* (2012), existe distinção por classes sociais que podem ser identificadas entre pessoas de um mesmo grupo, separados pela própria origem. Essa distinção expressa dificuldade diante da concepção de QV, devido à relatividade de compreensão sobre o termo.

De acordo com estudo de Justina (2019), com 32 usuários de *crack*, no domínio físico 81,3% necessitam melhorar na abordagem pré-tratamento, que passa para 5,0% no pós-tratamento, e de 0% com classificação muito boa passa para 45%. No domínio psicológico, na abordagem muito boa passa de 0% no pré-tratamento para 45% no pós-tratamento, e de 3,1% com condição boa para 30%. No domínio social, melhora de 18,8% com classificação boa no pré-tratamento para 80% no pós-tratamento. No domínio ambiental, no pós-tratamento passa de 53,1% para 5,0% os que possuem classificação que necessitam melhorar, de 37,5% para 80% com condição ambiental boa e de 0% para 15% na condição muito boa.

Tabela 5-Qualidade de Vida de acordo com as características sociodemográficas, (n=80)

|                     |                 | TOTAL DA QUALIDADE DE VIDA |               |         |
|---------------------|-----------------|----------------------------|---------------|---------|
|                     |                 | Média                      | Desvio padrão | p-valor |
| <b>Idade (anos)</b> | ≤ 20            | 15,67 <sup>ab</sup>        | 1,86          | 0,04*   |
|                     | 21 -30          | 16,04 <sup>a</sup>         | 1,63          |         |
|                     | 31 -40          | 15,72 <sup>a</sup>         | 1,90          |         |
|                     | 41 -50          | 13,12 <sup>b</sup>         | 2,27          |         |
|                     | 51 -60          | 15,97 <sup>a</sup>         | 0,69          |         |
|                     | > 60            | 16,22 <sup>a</sup>         | 1,90          |         |
|                     | <b>Religião</b> | Evangélica                 | 15,46         |         |
| Católica            |                 | 16,09                      | 1,64          |         |
| Não tem             |                 | 15,52                      | 2,05          |         |
| <b>Estado civil</b> | Solteiro        | 15,59                      | 1,96          | 0,11*   |
|                     | Casado          | 14,73                      | 1,95          |         |
|                     | Separado        | 16,15                      | 2,62          |         |
|                     | Outros          | 16,36                      | 1,49          |         |
|                     | Amasiado        | 15,93                      | 0,55          |         |
|                     | Viúvo           | 17,23                      | 0,70          |         |

|               |     |       |      |        |
|---------------|-----|-------|------|--------|
| <b>Estuda</b> | Não | 15,49 | 2,12 | 0,20** |
|               | Sim | 16,53 | 1,30 |        |

\*Teste de *Kruskal-Wallis*. \*\*Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*. Fonte: Autoria própria (2019).

Na Tabela 5, observa-se o escore da Qualidade de Vida total de acordo com as características sociodemográficas. A Qualidade de Vida diferiu significativamente apenas entre a idade ( $p=0,04$ ), sendo que indivíduos entre 41 e 50 anos apresentaram a pior média de escore, juntamente com a idade até 20 anos. Indivíduos com idades entre 21 e 40 e acima de 51 anos apresentaram maior Qualidade de Vida, não diferindo entre si.

Apesar de preconizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), como sendo recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para enquadramento moral, pessoas com religiosidade não demonstraram aumento significativo de Qualidade de Vida, em relação aos indivíduos sem religião.

Oliveira *et al.* (2019), constataram em um estudo transversal com 50 usuários de drogas em processo de reabilitação, que os resultados da avaliação da Qualidade de Vida quanto a idade, foi prevalente entre os que tinham entre 18 e 30 anos, 58%, 30 a 45 anos 32% e entre 45 a 60 anos, com 10%. Entre a variável escolaridade, foi mais alto entre os que possuem ensino fundamental ou mais 76%, alfabetizados 14% e analfabetos 10%. Desta forma, segundo Benincasa (2010), as consequências negativas ocasionadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, não podem ser encerradas em uma única dimensão exclusiva, pois diversas variáveis estão relacionadas com um maior ou menor uso, bem como, com um maior ou menor índice de Qualidade de Vida.

Tabela 6 - Qualidade de Vida de acordo com o número e tempo de internação, (n=80)

|  |           | TOTAL DA QUALIDADE DEVIDA |               |          |
|--|-----------|---------------------------|---------------|----------|
|  |           | Média                     | Desvio padrão | p-valor* |
| <b>Número de internações</b>             | 1         | 15,08                     | 2,52          | 0,09     |
|  | 2         | 14,58                     | 1,90          |          |
|  | 3         | 16,16                     | 1,40          |          |
|  | 4         | 16,39                     | 1,56          |          |
|  | 5 ou mais | 16,13                     | 2,09          |          |
| <b>Tempo de internação atual (meses)</b> | 1 -3      | 15,24                     | 2,40          | 0,56     |
|  | 3 -6      | 15,67                     | 1,66          |          |
|  | 6 -12     | 15,63                     | 1,87          |          |
|  | > 12      | 17,69                     | **            |          |

\*Teste de *Kruskal-Wallis*. \*Houve apenas 1 paciente com tempo de internação acima de 12 meses. Fonte: Autoria própria (2019).

O escore total da Qualidade de Vida não diferiu significativamente entre o número de internações ( $p=0,09$ ) e tempo de internação ( $p=0,56$ ). Os valores médios observados em todas as categorias das variáveis estiveram na faixa entre boa e ótima para os escores da Qualidade de Vida Geral (Tabela 6). Esperava-se que o aumento no número de internações e no tempo de internação atual fosse inversamente proporcional à Qualidade de Vida, o que foi rejeitado pelos achados.

### 5.5 Resultados dos domínios da Escala de Apoio Social aplicada aos usuários participantes da pesquisa

Na Tabela 7, observa-se a constituição do Apoio Social, estudada considerando cinco dimensões de apoio: material, afetivo, emocional, informação e interação social, relacionada ao número e tipo de elementos que a compõe.

Tabela 7 - Escala de Apoio Social (*Social Supported Scale*) de usuários, (n=80)

|                         | <b>Média</b> | <b>Desvio padrão</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
|-------------------------|--------------|----------------------|---------------|---------------|
| <b>TOTAL</b>            | <b>79,28</b> | <b>16,15</b>         | <b>34,74</b>  | <b>100,00</b> |
| <b>Material</b>         | 77,25        | 24,09                | 0,00          | 100,00        |
| <b>Afetivo</b>          | 84,42        | 20,07                | 33,33         | 100,00        |
| <b>Emocional</b>        | 76,81        | 21,31                | 20,00         | 100,00        |
| <b>Informação</b>       | 81,50        | 19,44                | 30,00         | 100,00        |
| <b>Interação social</b> | 77,69        | 23,55                | 0,00          | 100,00        |

Fonte: Autoria própria (2019).

De acordo com a Tabela 7, analisando a Escala de Apoio Social, constatou-se média total de 79,28. Quanto à Escala de Apoio Social, as maiores médias foram encontradas para dimensões: Afetivo (84,42), Informação (81,50), Interação Social (77,69), Material (77,25), e Emocional (76,81), respectivamente. Logo, por se tratar de escala de zero a 100, tanto a média total quanto os domínios para essa escala, apresentaram valores considerados satisfatórios.

Conforme estudo de Perrone (2019), ao avaliar fatores associados à recidiva e ao abandono do tratamento de usuários de drogas, comprovou-se menor média

total referente à Escala de Apoio Social, comparado à média total encontrada dentre os usuários de drogas atendidos nas Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA, conforme os resultados da pesquisa.

“O uso abusivo de álcool e outras drogas causa alterações e prejuízos na vida dos usuários”, dentre os danos, de acordo com Miranda *et al.* (2006, p.223), os efeitos psicológicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos são afetados de maneira significativa, pois o processo de uso, abuso e dependência química, acarreta nesses danos a médio e longo prazo. O distanciamento dos amigos e a redução das atividades sociais, com consequente comprometimento da Qualidade de Vida, são vivenciados pela família e pelos usuários de drogas, pois fazem parte do mesmo contexto ambiental ou afetivo. Cada usuário tem sua história de vida, que pode possuir potencialidade e vulnerabilidade, que somente podem ser percebidas a partir de sua subjetividade.

Tabela 8 - Apoio Social de acordo com as características sociodemográficas (n=80)

|                     |            | TOTAL DA ESCALA DE APOIO SOCIAL |               |          |
|---------------------|------------|---------------------------------|---------------|----------|
|                     |            | Média                           | Desvio padrão | p-valor* |
| <b>Idade (anos)</b> | ≤ 20       | 85,79 <sup>a</sup>              | 9,55          | 0,01*    |
|                     | 21 -30     | 77,59 <sup>a</sup>              | 14,13         |          |
|                     | 31 -40     | 82,82 <sup>a</sup>              | 11,66         |          |
|                     | 41 -50     | 58,53 <sup>b</sup>              | 22,76         |          |
|                     | 51 -60     | 85,79 <sup>a</sup>              | 17,12         |          |
|                     | > 60       | 93,90 <sup>a</sup>              | 7,46          |          |
| <b>Religião</b>     | Evangélica | 80,26                           | 14,16         | 0,08*    |
|                     | Católica   | 89,47                           | 10,15         |          |
|                     | Não tem    | 77,98                           | 16,52         |          |
| <b>Estado civil</b> | Solteiro   | 78,65                           | 15,24         | 0,77*    |
|                     | Casado     | 80,32                           | 16,92         |          |
|                     | Separado   | 78,82                           | 18,79         |          |
|                     | Outros     | 91,23                           | 12,56         |          |
|                     | Amasiado   | 86,85                           | 6,70          |          |
|                     | Viúvo      | 82,11                           | 13,99         |          |
| <b>Estuda</b>       | Não        | 76,94                           | 17,98         | 0,09**   |
|                     | Sim        | 86,58                           | 8,80          |          |

\*Teste de *Kruskal-Wallis*. \*\*Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*. Fonte: Autoria própria (2019).

Na Tabela 8, observa-se o escore total do Apoio Social de acordo com as características sociodemográficas. Houve diferença estatística apenas para idade ( $p=0,01$ ), em indivíduos com 41 a 50 anos apresentaram menor escore de Apoio Social. O mesmo resultado ocorreu para Qualidade de Vida (Tabela 5), cujos usuários com estas idades obtiveram menor escore neste indicador.



Tabela 9 - Escala de Apoio Social (*Social Supported Scale*) de usuários quanto ao número e tempo de internação (n=80)

|  |           | TOTAL DA ESCALA DE APOIO SOCIAL |               |          |
|--|-----------|---------------------------------|---------------|----------|
|  |           | Média                           | Desvio padrão | p-valor* |
| <b>Número de internações</b>             | 1         | 81,26                           | 14,88         | 0,55     |
|  | 2         | 75,87                           | 23,47         |          |
|  | 3         | 79,50                           | 12,48         |          |
|  | 4         | 84,61                           | 11,96         |          |
|  | 5 ou mais | 74,63                           | 13,53         |          |
| <b>Tempo de internação atual (meses)</b> | 1 -3      | 78,24                           | 16,92         | 0,88     |
|  | 3 -6      | 80,23                           | 16,18         |          |
|  | 6 -12     | 78,55                           | 17,15         |          |
|  | > 12      | 74,74                           | *             |          |

\*Teste de *Kruskal-Wallis*. \*\*Houve apenas um paciente com tempo de internação acima de 12 meses. Fonte: Autoria própria (2019).

Comparou-se o total da Escala de Apoio Social entre os usuários com diferente número e tempo de internações (Tabela 9). A Escala de Apoio Social total não diferiu significativamente entre o número de internações ( $p=0,55$ ) e tempo de internação ( $p=0,88$ ). Ponto positivo a ser destacado é que, mesmo com a reincidência nas internações e o alto tempo de internação, o Apoio Social se manteve em níveis satisfatórios.

## 5.6 Resultados da relação entre Qualidade de Vida e a Escala de Apoio Social

Tabela 10 - Apoio Social Total de acordo com a Qualidade de Vida Geral (n=80)

|                          |       | TOTAL DA ESCALA DE APOIO SOCIAL |               |          |
|--------------------------|-------|---------------------------------|---------------|----------|
|                          |       | Média                           | Desvio padrão | p-valor* |
| <b>Qualidade de Vida</b> | Ruim  | 79,48                           | 6,70          | 0,06     |
|                          | Boa   | 72,73                           | 20,30         |          |
|                          | Ótima | 83,58                           | 11,42         |          |

\*Teste de *Kruskal-Wallis*. Fonte: Autoria própria (2019).

O escore total da Escala de Apoio Social não diferiu significativamente ( $p=0,06$ ), de acordo com a Qualidade de Vida Geral (Tabela 10). Falta de relação entre as variáveis surpreende, pois se esperava que usuários com baixa Qualidade de Vida, também tivesse baixo Apoio Social. No entanto, estes resultados

foramsatisfatórios, visto que independente da Qualidade de Vida Geral, o total da Escala de Apoio Social se manteve inalterada, segundo critérios estatísticos.

Tabela 11 - Matriz de Correlação de *Spearman* entre os domínios da Qualidade de Vida em relação aos do Apoio Social, (n=80)

| APOIO SOCIAL            | QUALIDADE DE VIDA |               |                  |                |
|-------------------------|-------------------|---------------|------------------|----------------|
|                         | Físico            | Psicológico   | Relações sociais | Meio ambiente  |
| <b>Material</b>         | 0,005             | 0,092         | 0,079            | 0,130          |
| <b>Afetivo</b>          | 0,190             | <b>0,290*</b> | <b>0,290**</b>   | <b>0,322**</b> |
| <b>Emocional</b>        | 0,143             | <b>0,257*</b> | <b>0,288**</b>   | <b>0,324**</b> |
| <b>Informação</b>       | 0,173             | 0,225         | 0,187            | <b>0,332**</b> |
| <b>Interação social</b> | 0,193             | <b>0,271*</b> | <b>0,258*</b>    | <b>0,389**</b> |

\*Significativo a 5%. \*\*Significativo a 1%. Fonte: Autoria própria (2019).

Logo, ao observar a Tabela 11, que traz matriz de correlação de *Spearman* entre os domínios da Escala de Apoio Social em relação aos da Qualidade de Vida, verificou-se que entre muitos destes, ocorreram relações significativas. Destaca-se que todos os valores de correlação foram positivos, evidenciando relação diretamente proporcional entre os domínios das escalas. Em destaque, obtiveram-se os coeficientes de correlação significativos entre 1 e 5%.

Quando se associa o uso de drogas e a Qualidade de Vida, o resultado costuma ser inverso, fazendo jus à máxima que diz que quanto maior for o consumo de drogas, menor será a Qualidade de Vida (BENINCASA, 2010). Porém, essa pesquisa obteve resultados de usuários de drogas que se encontravam em tratamento em Comunidades Terapêuticas, a maioria 45,3%, estavam internados pelo período entre 1 a 3 meses (Tabela 3).

O domínio Meio Ambiente da Qualidade de Vida apresentou o maior número e os maiores valores de correlação significativa, seguido de Relações sociais e Psicológicas. O domínio Físico da Qualidade de Vida não se associou de forma significativa com nenhum dos domínios de Apoio Social. Apesar da ocorrência de correlações entre os domínios de Qualidade de Vida e Apoio Social, estes indicaram associação fraca e moderada entre as variáveis.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante ao perfil dos usuários, a maioria nasceu e residia no Estado do Maranhão, possuíam idade entre 21 e 40 anos, solteiros, não estudavam e trabalhavam. Iniciaram o uso de drogas entre 15 e 20 anos, por influência de amigos, possuíam até três internações, entre três e seis meses de internação e contato com familiares.

A percepção da Qualidade de Vida apresentou resultado satisfatório, totalizando 97,6%, ao somar-se as categorias boa e ótima. O domínio Físico foi o que apresentou melhor resultado, com 98,9%. Assim, entende-se que o uso de substâncias psicoativas não foi visto como fator de impacto na Qualidade de Vida, evidenciado pelos altos escores obtidos na aplicação do *WHOQOL-Bref*. Usuários com idades até 20 anos e entre 41 e 50 anos, apresentaram menor Qualidade de Vida que os demais.

De forma geral, ótimo Apoio Social foi declarado nos domínios Material, Afetivo, Emocional, Informativo e na Interação Social, o que pode ajudar o usuário a lutar e abandonar o vício. Usuários com idades entre 41 a 50 anos apresentaram menor Apoio Social frente às demais idades.

As demais características sociodemográficas, bem como o número de internações e tempo de internação, não influenciaram a Qualidade de Vida e o Apoio Social.

Houve correlações positivas significativas entre os domínios da Qualidade de Vida e do Apoio Social, dando destaque para o Meio Ambiente da Qualidade de Vida que apresentou o maior número e maiores valores de correlações significativas.

A Qualidade de Vida e o estado de saúde das pessoas recebe forte influência do atual conceito de saúde. O que se torna compreensível quando consideramos as relações entre a Qualidade de Vida e a saúde, para se compreender os diversos aspectos do comportamento humano, contestando a concepção limitada de saúde, como apenas um estado de ausência de doença, mas sendo consciente de que ter saúde é gozar de um completo bem-estar nas dimensões biopsicossociais.

Diante dos achados expostos, esta pesquisa foi importante, pois pode proporcionar melhor entendimento sobre o papel das Comunidades Terapêuticas na vida de usuários de drogas que realizam tratamento, não apenas não apenas no que

tange os fatores biológicos, mas sim, no produto final, na resposta ofertada a sociedade, que vem de encontro com a necessidade do sujeito em voltar a sentir-se parte do convívio social.

O retorno e a permanência nos contextos sociais típicos do usuário são de grande relevância, pois quanto mais Redes de Apoio conseguir acessar, menores serão as chances de recair, portanto, para que isso seja possível, faz-se necessário o estudo dos fatores inerentes a esses usuários na fase de tratamento, para que esses resultados sejam alcançados e venham a manter a Qualidade de Vida de usuários de drogas em tratamento, assim como daqueles que compõem a singularidade.

## REFERÊNCIAS

- ADRIANO, J. R. *et al.* **A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da Qualidade de Vida?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.
- ALIANE, P. P; LOURENÇO, L. M; RONZANI, T. M. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *PsicolEstud* 2006; 11(1):83-88.
- ALMEIDA, M. A. B; GUTIERREZ, G. L; MARQUES, R. **Qualidade de Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** Prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011.
- APA. AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais[recurso eletrônico]: DSM-5 / Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, *et al.*; Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: [http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo\\_supervisionado/dsm.pdf](http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf). Acesso em: 15 de mar. 2020.
- ARAGÃO, A. T. M; MILAGRES, E; FIGLIE, N. B. Qualidade de Vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. *Psico-USF*, v. 14, n. 1, p. 117-123, jan./abr. 2009.
- ARANTES, D. V; VASCONCELOS, G. R. **Uma abordagem para avaliação da satisfação dos residentes em uma Comunidade Terapêutica: Aplicação da integração dos modelos SERVQUAL e KANO.** [tcc] Rio Verde: Universidade de Rio Verde. 2015.
- BARBANTI, E. J. Efeito da atividade física na Qualidade de Vida em pacientes com depressão e dependência química. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 11, n. 1, p. 37-45, 2006.
- BENINCASA, Miria. Avaliação da Qualidade de Vida e uso de drogas em adolescentes do município de São Paulo. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19102010-145600/publico/benincasa\\_do.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19102010-145600/publico/benincasa_do.pdf). Acesso em: 02 de maio 2020.
- BERALDO, J. B; FERREIRA, D. F; OLIVEIRA, M. L. M. C. Perfil de Usuários de Substâncias Psicoativas de Uma Comunidade Terapêutica do Interior do Estado de Rondônia. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVEESC*, v. 3, n. 1, p. 24-32, 2020.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C; BOARINI, M. L. [Therapeuticcommunities: “new” outlooks and publichealthproposals]. *HistCiencSaude Manguinhos*. 2015. Dec; 22 (4): 1231-48. Doi: 10.1590/S0104-59702015000400005.

BORTOLOTTI, Karen. *Metodologia da pesquisa*. Rio de janeiro: SESES, 2015.

BRASIL, C. C. A. *et al.* **Qualidade de Vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]**. Vol. 22, n. 5, p.1705-1716, 2017. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>. Acesso em: 6 jul. 2019.

BRASIL. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. República Federativa do Brasil. Brasília-DF. 11 de abr. 2019.

BRASIL. Lei de nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil. Brasília-DF. Abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Capacitação de Líderes, Voluntários, Profissionais e Gestores de Comunidades Terapêuticas do Brasil*. 1. ed. Brasília-DF: SENAD, 2011. 267 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. {Módulo 2, un. 6} 5. ed. Brasília-DF: SENAD, 2013. 450 p.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Comunidades Terapêuticas são regulamentadas*. Ministério da Justiça e Segurança Pública – Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/comunidades-terapeuticas-sao-regulamentadas>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Superação: reinserção social**. Ministério da Justiça e Segurança Pública – Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/acervo-historico/programa-crack-1/superacao>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de procedimentos em benefícios por incapacidade: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Psiquiatria**. Volume II. Diretoria de Saúde do Trabalhador. Brasília-DF. Dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD; Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde. (2007).

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. DAPE. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010. Brasília, Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/20042010.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. República Federativa do Brasil. Brasília-DF. Fevereiro 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. República Federativa do Brasil. Brasília-DF. Dezembro 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD / – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD> >. Acesso em: 06 jun. 2020.

BUCHELE, F; COELHO, E. B. S; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso de drogas. Ciências e saúde coletiva, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BUCHELE, F; CRUZ, D. D. O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4. ed. Brasília Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e Qualidade de Vida. Ciência & saúde coletiva, v. 5, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, M. O; RODRIGUES NETO, J. F. **Qualidade de Vida:** um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de saúde pública*, v. 32, n. 2, p. 232, 2014.

CANAVEZ, M. F; ALVES, A. R; CANAVEZ, L. S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. *Cadernos unifoa*, v. 5, n. 14, p. 57-63, 2017.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina, *et al.* Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enfermagem*, 2013, 18.3: 468-474.

CASTRO, M. G.*et al.* Qualidade de Vida e gravidade da dependência de tabaco. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo. Vol. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. CEBRID. Dependência-o que é dependência? 2009. Disponível em: [https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/dependencia.htm#1](https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm#1). Acesso em: 15 de mar. 2020.

CHAGAS, A. T. R.O questionário na pesquisa científica. Mestre em Administração pela USP e Professor pela Universidade Católica de Campinas. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP. V, 1. Nº 1. (janeiro-fevereiro-março) 2000.

CHAIM, C. H; BANDEIRA, K. B. P; DE ANDRADE, A. Fisiopatologia da dependência química. *Revista de Medicina*, 2015, 94.4: 256-262.

COLLET, C. Dependência química e relações sociais no centro de detenção provisória de São José dos Pinhais-PR. 2010. Disponível em: [http://www.espen.pr.gov.br/arquivos/File/Dependencia\\_quimica\\_e\\_relacoes\\_sociais\\_no\\_CDPSJP.pdf](http://www.espen.pr.gov.br/arquivos/File/Dependencia_quimica_e_relacoes_sociais_no_CDPSJP.pdf).

CONED – CONSELHO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas. **Manual das comunidades terapêuticas 2014:** orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo. SJDC/CONED, 2014.

COSTA JÚNIOR, G. R.*et al.* **Qualidade de Vida, estilo de vida e saúde:** um artigo de revisão. *AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH*, v. 1, n. 1, 2013.

COSTA, S. F. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. *Serviço Social em Revista*, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2009.

CRUZ, L. N. Medidas de Qualidade de Vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre – Brasil, 2010.

DAMACENA, Gabriela Fernandes Carnot,*et al.* A abordagem religiosa como recurso de tratamento da dependência química nas Comunidades Terapêuticas. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 10, n. 1, p. 46-55, 2017.



- DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil:** expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 2013, 6.1: 50-65.
- DANTAS, F. S. *et al.* **Impacto do uso de drogas na Qualidade de Vida de usuários:** diferença entre os sexos. *R. bras. Qual. Vida*, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 178-192, abr./jun. 2017.
- DA ROCHA, J. C. G; JUNIOR, A. R. Aspectos de personalidade observados em uma amostra de indivíduos usuários de drogas por meio do teste Wartegg. *Revista Saúde-UNG-Ser*, 2010, 4.2: 10-22.
- DAY, HY; JANKEY, Sharon G. *Lições da literatura: Rumo a um modelo holístico de Qualidade de Vida.* 1996.
- DE LEON. G. **A Comunidade Terapêutica:** teoria, modelo e método. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2012.
- DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4701-4706, 2011.
- DEL VECCHIO, Fabrício, *et al.* Estudo das relações entre qualidade de vida e nível de atividade física em escolares de Campinas. *Movimento e Percepção*, v. 6, n. 9, 2006.
- DESLANDES, S. F; ROMEU, G; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2009.
- DIAS, Eliane Golfieri, *et al.* As Atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Revista de terapia ocupacional da universidade de São Paulo*, v. 25, n. 3, p. 225-232, 2014.
- DUARTE, P. C. A. V; DALBOSCO, C. **A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In:** SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.* – 4. Ed. - Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 217-236, 2011.
- ESCUDEIRO, R. *et al.* Qualidade de Vida e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, v. 12, p. 65-78, 2006.
- FERRAZZA, D. A. *et al.* Comunidades Terapêuticas em novas configurações do manicomialismo. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 7, n. 2, p. 363-375, 2017.
- FERREIRA, S. E; TUFIK, S; MELLO, M. T. **Neuroadaptação:** uma proposta alternativa de atividade física para usuários de drogas em recuperação. *Revista Brasileira de ciências mov*, v. 9, n. 1, p. 31-39, 2001.

FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde.** Fleck, M. P. A, organizador. Porto Alegre: Artmed; 2008.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de Vida “WHOQOL-Bref”. *Revista Saúde Pública* v. 34, n. 2, p. 178-183, 1999.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) 1999. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FOSSI, L. B; GUARESCHI, N. M. F. **Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas:** o uso de drogas como dano social. *Revista Psicologia e Saúde*. Campo Grande, MS. Vol. 11, n. 1 (jan./abr. 2019), p. 73-88, 2019.

FOSSI, L. B; GUARESCHI, N. M. F. **O modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas:** práticas profissionais na conformação dos sujeitos. Estudo pesquisa. *Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015.

FREIRE, P. Educação como prática de liberdade. Ed. de n. 1405. Direitos reservados desta edição: Editora Paz e Terra LTDA. Rio de Janeiro-RJ. 1967. 157 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 25. ed. (Coleção leitura). Editora Paz e Terra. São Paulo-SP. 1996. 54 p.

FREITAS, T. D; RAMBO, A. G; SCHNEIDER, S. **Desenvolvimento humano e bem-estar no meio rural como superação da vulnerabilidade:** o caso de Arroio do Tigre/RS. *Ciênc. COLÓQUIO – Revista do Desenvolvimento Regional - Faccat - Taquara/RS* - v. 11, n. 2, jul./dez. 2014.

GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, jan. 2012.

GEORGE, Darren; MALLERY, Paul. **Estatísticas do IBM SPSS 23 passo a passo:** Um guia e referência simples. Routledge, 2016.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GORDIA, A. P. Associação da atividade física, consumo de Álcool e índice de massa corporal com Qualidade de Vida de adolescente. {Dissertação}. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. v.21. n. 3, p. 703-714. Rio de Janeiro, mai-jun, 2005.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dados demográficos. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/imperatriz>. Acesso em: 01 jul.2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Perfil das Comunidades Terapêuticas brasileiras. Nota técnica n.º 21. DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. - Rio de Janeiro-RJ: IPEA, 2017.

IPEA –INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Comunidades Terapêuticas**: temas para reflexão / Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro-RJ: IPEA, 2018.

JUSTINA, M. B. D. Impactos do tratamento clínico de usuários de crack sobre a Qualidade de Vida. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Orientação: Willians Cassiano Longen. Criciúma, 2018. 81 p.

LABATE, B. C. *et al.* **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. 440 p.

LARANJEIRA, R. *et al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e drogas**: Questionário original. 2013. Disponível em: [http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/LENAD\\_Questionario\\_12.pdf](http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/LENAD_Questionario_12.pdf). Acesso em: 06 de jul de 2019.

LEAL, C. M. Reavaliando o conceito da Qualidade de Vida. Universidade dos Açores, 2008.

LIMA, M. C. **Monografia**: a engenharia da produção acadêmica: 2. ed. ver. e atualizada – São Paulo: Saraiva, 2008.

LINS, M. R. S. W; SCARPARO, H. B. K. **Drogadição na contemporaneidade**: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. Psicologia Argumento, [S.l.], v. 28, n. 62, nov. 2017. ISSN 1980-5942.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. - São Paulo-SP: Atlas 2011.

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do *crack* e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. Saúde soc., São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, Mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100008>. Acesso em: 15 Out. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Qualidade de Vida e Saúde como valor existencial*. 2013.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. **Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário**. *Ciência & saúde coletiva*, v. 5, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, F. A, N; SIMPSON, C. A; AZEVEDO, D. M; COSTA, S. S. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *RevEletrEnferm*. [periódico na Internet]. 2006; 8 (2):222-32.

MIRANDA, T. A. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: História, política e ideologia**. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/11302>, acesso em:2 de mai. 2018.

MOREIRA, T. C. *et al*. Uso de substâncias psicoativas, alterações vocais e Qualidade de Vida em usuários de drogas lícitas e ilícitas. *Revista CEFAC*, v. 17, n. 2, p. 374-384, 2015

MOREIRA, T. C. *etal*. Quality of Life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1953-1962, July 2013.

MOURA, R. H; BOARINI, M. L. A saúde da família sob as lentes da higiene mental. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan-mar. 2012, p.217-235.

NOBREGA, M; SILVA, G; SENA, A. **Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental**. *CIAIQ2016*, 2016, 2.

OGA, S; CAMARGO, M. M. A, BATISTUZZO, J. A. O. *Fundamentos de toxicologia*. 3ª ed. São Paulo: Ateneu; 2008.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. O; RAMOS, J. V. C. **Adesão ao tratamento da fibromialgia: desafios e impacto na Qualidade de Vida**. *Br. JP*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 81-87, mar. de 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2595-31922019000100081&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000100081&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 de maio de 2020. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190015>.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Neurociência do uso e dependência de substâncias psicoativas*. [tradução Fábio Corregiari]. – São Paulo: Roca, 2006.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promoción de la salud**: glossário. Genebra: OMS, 1998.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas"**. *Psicologia. Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Apr. 2011.

Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso)>. Access on 05 jun. 2020.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>.

PAULA, A. P. P. **Toxicomania e posições subjetivas:** uma dialética entre o prazer e o gozo. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 23, n.2, 157-179, 2014.

PEREIRA, E. F; TEIXEIRA, C. S; SANTOS, A. **Qualidade de Vida:** abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo*, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PERRONE, P. A. K. **Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos:** Um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas. 2019. Disponível em: [http://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/DOCTORADO\\_PABLO\\_KURLANDER.pdf](http://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/DOCTORADO_PABLO_KURLANDER.pdf). Acesso em: 23 jul. 2019.

PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A. **O processo saúde-doença e a dependência química:** interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 2009, 25.2: 203-211.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUINDERÉ, P. H. D; JORGE, M. S. B; FRANCO, T. B. **Rede de Atenção Psicossocial:** qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, p. 253-271, 2014.

RADAEL, Wanderson, *et al.* Avaliação de recaída na recuperação da dependência química em uma Comunidade Terapêutica (Projeto Reviver-Espera Feliz/MG). *Linkscienceplace-InterdisciplinaryScientificJournal*, v. 5, n. 2, 2018.

RIBEIRO, F. M. L; MINAYO, M. C. S. **As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas:** o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 515-526, 2015.

RIBERTO, Marcelo, *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta fisiátrica*, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social:** métodos e técnicas. Colaboradores José Augusto de Souza Peres. – São Paulo: Atlas, 1999.

ROVERE, M. R. **Redes en salud:** un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR. Instituto Lazarte (reimpresión), 1999.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria:** ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

SCHNEIDER, S; FREITAS, T. D. **Qualidade de Vida, Diversificação e Desenvolvimento:** referências práticas para análise do bem-estar no meio rural. Olhares sociais - Volume 2, n.º 1, p. 121 -142, maio de 2013.

SEABRA, P; AMENDOEIRA, J; SÁ, L. **Qualidade de Vida e saúde mental em consumidores de drogas:** Que relação?Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 9 (JUN.2013) | 21.

SENAD – SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007:** Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: SENAD, 2007.

SILVA, F. G. **Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade:** concepções a partir da psicologia histórico-cultural. Psic. da Ed., São Paulo, 28, 1º sem. de 2009, pp. 169-195.

SOMMER, Manuel. As Comunidades Terapêuticas: História, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas. PSIQUE – ISSN 1647-2284 – Nº 7 – janeiro-dezembro 2011 – pp. 135-166.

SOUZA, Ana Mara Dutra. **Práticas organizacionais frente ao consumo de substâncias psicoativas:** um estudo em indústrias de Vitória da Conquista. 2005.

TEMPSKIL, Patrícia. Diálogo Filosófico sobre Qualidade de Vida. Cadernos ABEM. Volume 6. Out. 2010.

TERENCE, A. C. F; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. XXVI ENEGEP. Fortaleza, CE. 9 a 11 de out. 2006.

VALENTIM, O; SANTOS, C; RIBEIRO, J. P. Qualidade de Vida e percepção da doença em pessoas dependentes do álcool. Psicologia, Saúde & Doenças, 2014, 15.1: 261-276.

VENTURA, C. A. A; ARAÚJO, A. S; MOLL, M. F. Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos. Acta Paulista de Enfermagem, v. 24, n. 5, 2011.

VILARTA, R; GUTIERREZ, G. L; MONTEIRO, M. I. **Qualidade de Vida:** evolução dos conceitos e práticas no século XXI / Roberto Vilarta, Gustavo Luis Gutierrez, Maria Inês Monteiro (organizadores). Campinas: Ipes, 2010.

XAVIER, A. C. Como fazer e apresentar Trabalhos Científicos em eventos acadêmicos. Catanduva-SP: Rêspel, 2010.

## APÊNDICE A–Carta de Apresentação

### DEPARTAMENTO DE GESTÃO E NEGÓCIOS

Taubaté, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

De: Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira  
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração - UNITAU

Ao/À: Sr. Sra.: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prezado(a) Senhor(a):

O Sr.**Aluno PATRÍCIO FRANCISCO DA SILVA** regularmente matriculado (a) no Programa de Pós-graduação em Administração desta Universidade, desenvolve sua dissertação de Mestrado na área de **Recursos Socioprodutivos**. Sua proposta de trabalho intitula-se: “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE IMPERATRIZ-MA**”. Tratando-se de uma pesquisa de campo, gostaria de solicitar a colaboração de V.S<sup>a</sup>. no sentido de conceder ao aluno autorização para realização da pesquisa nesta organização. Tais informações serão utilizadas tão-somente para fins acadêmicos.

Se considerar necessário ou conveniente, o nome e qualquer outra forma de identificação dessa empresa poderão ser omitidos do manuscrito final da dissertação.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira**  
**Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração - UNITAU**

## **APÊNDICE B–Termo de Autorização da Instituição**

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Sr.**PATRÍCIO FRANCISCO DA SILVA**aluno do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Taubaté (PPGA), como dissertação de mestrado, sendo orientado e supervisionado pela professora**FABIANE FERRAZ SILVEIRA FOGAÇA**.

Seguindo os preceitos éticos, informamos que a participação desta organização/instituição será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-la no manuscrito final da dissertação ou em qualquer publicação posterior sobre esta pesquisa. Informamos ainda que pela natureza da pesquisa, a participação desta organização/instituição não acarretará quaisquer danos à mesma. A seguir, damos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação poderá ser fornecida a qualquer momento, pelo aluno pesquisador ou pelo professor responsável.

**TEMA DA PESQUISA:**Avaliação da Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA.

**OBJETIVO:**Avaliar a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA.

**PROCEDIMENTO:**A pesquisa será realizada nas Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA, após sua autorização, e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté – UNITAU. Ressaltando que os participantes deverão confirmar seu aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata dos princípios e rigores éticos presentes na Resolução de n.º 510, de 07 de abril de 2016, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à Comunidade Científica e ao Estado.

**SUA PARTICIPAÇÃO:** Autorizar a realização da pesquisa nesta instituição.

Agradecemos sua autorização, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de um conhecimento atual nesta área.

Imperatriz-MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

**Profa. Orientadora: Fabiane Ferraz Silveira Fogaça**  
**E-mail: fabianefs@hotmail.com**  
**Tel:(12) 99643-4408**

---

Patrício Francisco da Silva  
E-mail: patricio.fsilva@hotmail.com



Tel: (99) 99190-2074

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento,  
Eu \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_,  
responsável pela organização/instituição \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_  
autorizo a aplicação desta pesquisa na mesma.

Imperatriz-MA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## APÊNDICE C–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

### **Pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA.**

**1. Natureza da pesquisa:** Você está convidado a participar como voluntário da pesquisa: Avaliação da Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA, sob responsabilidade de **Patrício Francisco da Silva**. A pesquisa tem como objetivo avaliar a Qualidade de Vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-MA.

**2. Participantes da pesquisa:** Internos das Comunidades Terapêuticas.

**3. Envolvimento na pesquisa:** Sua participação se dará através do preenchimento de um Questionário de Qualidade de Vida, e uma Escala de Apoio Social. Esse questionário é sobre como você se sente a respeito de sua Qualidade de Vida, saúde e outras áreas de sua vida, e a escala trata de recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade. Você terá tempo livre para responder ao solicitado e eventuais dúvidas serão esclarecidas no momento da aplicação. Você tem a liberdade de recusar a sua participação, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa e interromper a sua participação.

**4. Riscos:** A pesquisa apresenta risco mínimo. O possível risco que a pesquisa poderá causar é que o Sr. se sinta desconfortável emocionalmente, inseguro ou não deseje fornecer alguma informação pessoal solicitado pelo pesquisador. Com vistas em prevenir possíveis riscos gerados pela presente pesquisa ficam-lhe garantidos os direitos de anonimato, de abandonar a pesquisa a qualquer momento, de deixar de responder qualquer pergunta que julgue por bem assim proceder, bem como solicitar para que os dados fornecidos durante a coleta não sejam utilizados. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. **Capítulo I, artigo 2º XXVI - vulnerabilidade:** situação na qual pessoa ou grupo de pessoas tenha reduzida a capacidade de tomar decisões e opor resistência na situação da pesquisa, em decorrência de fatores individuais, psicológicos, econômicos, culturais, sociais ou políticos. Os procedimentos utilizados não oferecem riscos à sua dignidade.

**5. Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Você não será identificado em nenhuma publicação em que possa resultar essa pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

**6. Benefícios:** O conhecimento adquirido poderá subsidiar o desenvolvimento de propostas para melhorar a qualidade de vida dos internos das Comunidades Terapêuticas.

**7. Pagamento:** Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

**8.** Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido na Comunidade Terapêutica, bem como no relacionamento profissional com o pesquisador, que

tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você pode a qualquer momento, retirar seu consentimento, excluindo a sua participação.

9. Após a conclusão estará à disposição na Biblioteca do Campus do Bom Conselho da Universidade de Taubaté, uma cópia do estudo contendo os resultados.

10. Para qualquer outra informação o Sr. poderá entrar em contato com o pesquisador por telefone **(99 99190-2074“inclusive ligações à cobrar”)** ou e-mail **(patricio.fsilva@hotmail.com)**. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté-SP, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Portanto, preencha os itens que seguem:

### **Consentimento pós-informação**

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_

fui informado dos objetivos da pesquisa “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE IMPERATRIZ-MA**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do participante**

Taubaté, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
**Patrício Francisco da Silva  
Pesquisador Responsável**

**ANEXO A–Questionário de Identificação da Amostra**

(Adaptado de PERRONE, 2019)

**1. Nome:** \_\_\_\_\_**2. Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **3. RG:** \_\_\_\_\_**4. Idade:** \_\_\_\_\_ **5. CPF:** \_\_\_\_\_**6. Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **7. UF:** \_\_\_\_\_**8. Trabalha:** (S) (N) **9. Onde:** \_\_\_\_\_**10. Endereço:** \_\_\_\_\_**11. Bairro:** \_\_\_\_\_**12. Cidade:** \_\_\_\_\_ **13. UF:** \_\_\_\_\_**14. Religião:**

(0) Não tem

(1) Católica

(2) Evangélica

(3) Espirita

(4) Judaica

(5) Afro-Brasileira

(6) Orientais-Budismo

(7) Outra

(8) Não sabe

**15. Você pratica a sua religião:**

(0) Não tenho prática religiosa

(1) Não frequento, oro, rezo e acredito

(2) Frequento menos que 1x/mês

(3) Frequento pelo menos que 3x/mês

(4) Frequento 1x/semana

(5) Frequento 2x/semana ou mais

**16. Estado civil:**

(1) Solteiro

(2) Casado

(3) Separado

(4) Amasiado

(5) Viúvo

(6) Outros

**17. Filhos (quant.): \_\_\_\_\_ 18. Idade e sexo:**

\_\_\_\_\_

**19. Nome da Esposa:** \_\_\_\_\_

**20. Idade:** \_\_\_\_\_ **21. Profissão:** \_\_\_\_\_

**22. Tempo de Casamento:** \_\_\_\_\_

**23. Nome do Pai:** \_\_\_\_\_

**24. Idade:** \_\_\_\_\_ **25. Profissão:** \_\_\_\_\_

**26. Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_

**27. Idade:** \_\_\_\_\_ **28. Profissão:** \_\_\_\_\_

**29. Pais Separados:(S) (N)**

**30. Profissão:** \_\_\_\_\_

**31. Codificação da Profissão:**

(1) Ocupações técnicas

(2) Ocupações gerenciais

(3) Vendas

(4) Apoio administrativo e de escritório

(5) Ocupações de Produção

(6) Operadores de Máquinas

(7) Ocupações de Transporte

(8) Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário

(9) Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos

(10) Gerente/Administrador de Fazenda

(11) Trabalhador Rural

(12) Militar

(13) Empregados Domésticos

(14) Outro

**32. Qual sua cor ou raça? (marcar o que o candidato disser)**

(1) Branca

(2) Preta

(3) Parda

(4) Amarela (asiático, japonês)

(5) Indígena

(6) Outros

**33. Estuda:** (S) (N) **34. Escolaridade:**

(1) Analfabeto

(2) EFI

(3) EFC

(4) EMI

(5) EMC

(6) ESI

(7) ESC

**35. Recebe algum benefício do governo:**( ) Sim ( ) Não.

**36. Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

**37. Uso de drogas:**( ) Menos de 15 anos ( ) Entre 15 e 20 ( ) Acima de 20.

**38. Onde conheceu as drogas:**( ) Com parentes ( ) Com amigos ( ) Na escola

**39. Número de internações:**( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais.

**40. Tempo de internação atual:**( ) 1 a 3 meses ( ) 3 a 6 meses ( ) 6 a 12 meses  
( ) Acima de 12 meses.

**41. Tem contato com familiares:**( ) Sim ( ) Não.

## ANEXO B–Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

### (The World Health Organization Quality of Life– WHOQOL-BREF)

#### INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua Qualidade de Vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

|  | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

|  | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

|   |   | Muito ruim         | Ruim         | Nem ruim nem boa                | Boa        | Muito boa        |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 1 | Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?    | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
|   |   | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

|   |   | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?          | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 5 | O quanto você aproveita a vida?   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?                                   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar?   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?                                      | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?          | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

|    |   | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|----|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia a dia?                               | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física?                                 | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?               | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 13 | Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia a dia? | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?                   | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

|  |  | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem bom | Bom | Muito bom |
|--|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
|--|--|------------|------|------------------|-----|-----------|



|    |  |                    |              |                                 |            |                  |
|----|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover?   | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
|    |  | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?   | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?   | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?                                 | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?  | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?  | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?                         | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?                                | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?                             | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 25 | Quão satisfeito(a)   | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |

|  |   |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|
|  | você está com o seu meio de transporte? |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

|    |   | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente | Sempre |
|----|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humores, desespero, ansiedade, depressão? | 1     | 2             | 3              | 4                    | 5      |

## ANEXO C –Escala de Apoio Social (*Social Supported Scale*)

(Adaptado de PERRONE, 2019)

Se você precisar, com que frequência conta com alguém.

|          |              |             |                 |           |
|----------|--------------|-------------|-----------------|-----------|
| 1. Nunca | 2. Raramente | 3. Às vezes | 4. Quase sempre | 5. Sempre |
|----------|--------------|-------------|-----------------|-----------|

| TIPO                             | ITEM  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| <b>Material</b>                  | Que o ajude, se ficar de cama?  |   |   |   |   |   |
|                                  | Para leva-lo ao médico?   |   |   |   |   |   |
|                                  | Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?                     |   |   |   |   |   |
|                                  | Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?            |   |   |   |   |   |
| <b>Afetivo</b>                   | Que demonstre amor e afeto por você?                                    |   |   |   |   |   |
|                                  | Que lhe dê um abraço?   |   |   |   |   |   |
|                                  | Que você ame e que faça você se sentir querido?                         |   |   |   |   |   |
| <b>Emocional</b>                 | Para ouvi-lo, quando você precisar falar?                               |   |   |   |   |   |
|                                  | Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?          |   |   |   |   |   |
|                                  | Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?               |   |   |   |   |   |
|                                  | Que compreenda seus problemas?  |   |   |   |   |   |
| <b>Informação</b>                | Para dar bons conselhos em situações de crise?                          |   |   |   |   |   |
|                                  | Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação? |   |   |   |   |   |
|                                  | De quem você realmente quer conselhos?                                  |   |   |   |   |   |
|                                  | Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?               |   |   |   |   |   |
| <b>Interação social positiva</b> | Com quem fazer coisas agradáveis?                                       |   |   |   |   |   |
|                                  | Com quem distrair a cabeça?   |   |   |   |   |   |
|                                  | Com quem relaxar?   |   |   |   |   |   |
|                                  | Para se divertir junto?   |   |   |   |   |   |

**Escore Geral:** \_\_\_\_\_ %

*Total de pontos obtidos /Pontuação máxima*

*(19\*5=95)\*100*

**Escore Material:** \_\_\_\_\_ %

*Total de pontos obtidos no Tipo Material/Pontuação máxima no Tipo Material*

*(4\*5=20)\*100*

**Escore Afetivo:** \_\_\_\_\_ %

*Total de pontos obtidos no Tipo Afetivo/Pontuação máxima no Tipo Afetivo*

*(3\*5=15)\*100*

**Escore Emocional:** \_\_\_\_\_ %

*Total de pontos obtidos no Tipo Emocional/Pontuação máxima no Tipo Emocional*

*(4\*5=20)\*100*

**Escore Informação:** \_\_\_\_\_ %

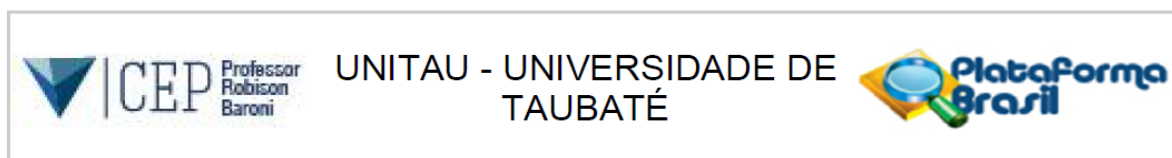
*Total de pontos obtidos no Tipo Informação/Pontuação máxima no Tipo Informação*

*(4\*5=20)\*100*

**Escore Interação:** \_\_\_\_\_ %

*Total de pontos obtidos no Tipo Interação/Pontuação máxima no Tipo Interação*  
*(4\*5=20)\*10*

## ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE IMPERATRIZ-MA.

**Pesquisador:** PATRICIO FRANCISCO DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21741519.6.0000.5501

**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.642.044

#### Apresentação do Projeto:

É notório o uso elevado de álcool e drogas ilícitas entre as classes sociais, ocasionando assim alterações nos fatores que compreendem o ser humano prejudicado pelo uso abusivo dessas substâncias. Portanto, o objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida de usuários de Comunidades Terapêuticas de Imperatriz-Ma. Para o desenvolvimento desse estudo, optou-se pela abordagem de natureza quantitativa, quanto ao tipo de objeto do estudo se trata de uma pesquisa descritiva, pois expõe as características de uma determinada população, e quanto ao procedimento técnico, será do tipo levantamento, propondo a interrogação direta de pessoas. Como instrumentos para coleta de dados serão aplicados o questionário de identificação da amostra, WHOQOL-Bref e a escala de apoio social. Como resultado dessa pesquisa, espera-se verificar os aspectos de qualidade de vida mais comprometidos apresentados pelos usuários das comunidades terapêuticas de Imperatriz-Ma.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida de usuários de comunidades terapêuticas de Imperatriz-Ma.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada avaliação de riscos e benefícios.

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210

**Bairro:** Centro

**CEP:** 12.020-040

**UF:** SP

**Município:** TAUBATE

**Telefone:** (12)3635-1233

**Fax:** (12)3635-1233

**E-mail:** cep@unitau.br



UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 3.642.044

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto atende os preceitos éticos previstos na Resolução 510-16 do CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados adequadamente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 11/10/2019, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 510/16, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                       | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1293578.pdf | 23/09/2019<br>22:27:14 |                             | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf     | 23/09/2019<br>22:20:29 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |
| Cronograma  | Cronograma.doc                                | 23/09/2019<br>22:19:59 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |
| Outros  | Termodeautorizacaoregate.pdf                  | 25/08/2019<br>16:42:32 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |
| Outros  | Termodeautorizacaofazendadaesperanca.pdf      | 25/08/2019<br>16:40:17 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |
| Outros  | Termodeautorizacaocasadopai.pdf               | 25/08/2019<br>16:39:27 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |
| Outros  | Cartadeapresentacaoregate.pdf                 | 25/08/2019<br>16:35:37 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |
| Outros  | Cartadeapresentacaofazendadaesperanca.pdf     | 25/08/2019<br>16:33:18 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |
| Outros  | Cartadeapresentacaocasadopai.pdf              | 25/08/2019<br>16:28:38 | PATRICIO FRANCISCO DA SILVA | Aceito   |

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210

**Bairro:** Centro

**CEP:** 12.020-040

**UF:** SP

**Município:** TAUBATE

**Telefone:** (12)3635-1233

**Fax:** (12)3635-1233

**E-mail:** cep@unitau.br



Professor  
Robison  
Baroni

UNITAU - UNIVERSIDADE DE  
TAUBATÉ



Continuação do Parecer: 3.642.044

|  |  |                        |                                   |        |
|--|--|------------------------|-----------------------------------|--------|
| Outros   | Cartadeapresentacaocasadopai.pdf           | 25/08/2019<br>16:28:38 | SILVA                             | Aceito |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador  | PatricioFranciscodaSilvaMGDR024Ide2018.pdf | 25/08/2019<br>16:27:55 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |
| Declaração de<br>Instituição e<br>Infraestrutura | DeclaracaodeInfraestrutura.pdf             | 25/08/2019<br>16:25:51 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |
| Outros   | EscaladeApoioSocial.doc                    | 30/07/2019<br>21:00:57 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |
| Outros   | Questionariowhoqolbref.doc                 | 30/07/2019<br>21:00:33 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |
| Outros   | Questionariodeidentificacaodaamostra.doc   | 30/07/2019<br>20:57:12 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |
| Orçamento  | Orçamento.doc                              | 30/07/2019<br>20:52:26 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |
| Declaração de<br>Pesquisadores                   | Termodecompromissodopesquisador.pdf        | 30/07/2019<br>20:49:26 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |
| Folha de Rosto                                   | Folhaderosto.pdf                           | 30/07/2019<br>20:44:53 | PATRICIO<br>FRANCISCO DA<br>SILVA | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TAUBATE, 15 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**José Roberto Cortelli**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Visconde do Rio Branco, 210

**Bairro:** Centro

**CEP:** 12.020-040

**UF:** SP

**Município:** TAUBATE

**Telefone:** (12)3635-1233

**Fax:** (12)3635-1233

**E-mail:** cep@unitau.br