

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS NO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS) PSICOATIVAS

Daniela Rodriguez Rodas*; Francisco Erlane de Souza*; Sara Cristina Wandrowski Froes*

*Acadêmicos da Graduação em Psicologia – FACULDADE UNIGUAÇU FOZ, dr7506409@gmail.com

INFORMAÇÕES

Histórico de submissão:

Recebido em: 26 jul. 2025
Aceite: 31 out. 2025
Publicação online: dez. 2025

RESUMO

A dependência de substâncias psicoativas é um desafio relevante na saúde pública, agravado por fatores como vulnerabilidade social e reincidência após a abstinência. A prevenção de recaídas é essencial para manter a abstinência e melhorar a qualidade de vida. Práticas como psicoeducação, Mindfulness e Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) têm se mostrado eficazes no fortalecimento de habilidades emocionais e cognitivas, promovendo autorregulação e enfrentamento de gatilhos. Também é bastante aceita a utilização da Terapia do Esquema, a qual tem a capacidade de auxiliar esse processo, enquanto a Arteterapia, ajuda no processo de restaurar a expressão emocional e a autoestima. Esse Projeto consiste em um programa preventivo realizado em quatro encontros grupais para homens adultos com Transtorno por Uso de Substâncias, além de outro encontro com familiares, o qual visa oferecer suporte emocional e fortalecimento dos fatores de proteção psíquica e social.

Palavras-chave: adicto; abstinência; fissura; recaída; *mindfulness*; *psicoeducação*.

ABSTRACT

Addiction to psychoactive substances is a significant public health challenge, aggravated by factors such as social vulnerability and relapse after abstinence. Preventing relapse is essential to maintaining abstinence and improving quality of life. Practices such as psychoeducation, Mindfulness and Cognitive-Behavioral Therapies (CBT) have proven effective in strengthening emotional and cognitive skills, promoting self-regulation and coping with triggers. Schema Therapy, which has the ability to assist this process, is also widely accepted, while Art Therapy helps in the process of restoring emotional expression and self-esteem. This Project consists of a preventive program carried out in four group meetings for adult men with substance use disorder, in addition to another meeting with family members, which aims to offer emotional support and strengthen psychological and social protective factors.

Keywords: addict; withdrawal; craving; relapse; mindfulness; psychoeducation.

Copyright © 2025, Daniela Rodriguez Rodas; Francisco Erlane de Souza; Sara Cristina Wandrowski Froes. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citação: RODAS, Daniela Rodriguez; DE SOUZA, Francisco Erlane; FROES, Sara Cristina Wandrowski. Programa de prevenção de recaídas no transtorno de uso de substâncias (TUS) psicoativas. **Iguazu Science**, São Miguel do Iguaçu, v. 3, n. 8, p. 15-31, dez. 2025.

INTRODUÇÃO

O uso e a dependência de substâncias psicoativas constituem um dos principais desafios contemporâneos no âmbito da saúde pública, impactando indivíduos, famílias e comunidades em escala global. Embora se trate de uma problemática que afeta diversos contextos socioculturais, no cenário brasileiro essa realidade assume contornos ainda mais

complexos, intensificados por fatores estruturais como desigualdade social, situações de vulnerabilidade, fragilidade dos vínculos familiares e condições socioeconômicas adversas (Souza *et al.*, 2011). Além dos prejuízos de ordem individual, familiar e social, destaca-se a elevada taxa de reincidência no uso de substâncias após períodos de abstinência, configurando-se como um dos maiores entraves para a eficácia dos processos de reabilitação (Barbosa *et al.*, 2023).

Diante desse panorama, a prevenção de recaídas emerge como uma estratégia central no enfrentamento da dependência química, não apenas com o objetivo de evitar a retomada do uso, mas, sobretudo, de promover a manutenção da abstinência e a melhoria contínua da qualidade de vida dos indivíduos em processo de recuperação (Romanini *et al.*, 2010). A literatura especializada reforça que a dependência química é uma condição crônica, recorrente e multifatorial, demandando intervenções sistemáticas e sustentadas, com foco no fortalecimento das habilidades emocionais, cognitivas e sociais dos sujeitos (Araujo *et al.*, 2008; Barbosa *et al.*, 2023; Romanini; Pereira; Dias, 2010). Nesse sentido, ações preventivas demonstram-se essenciais, uma vez que contribuem significativamente para a redução dos índices de recaída, além de favorecerem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento frente a gatilhos, situações de risco e oscilações emocionais. Paralelamente, tais intervenções também potencializam a autonomia, a ressignificação de padrões disfuncionais e o fortalecimento das redes de apoio, elementos fundamentais para a manutenção da abstinência e da reinserção social (Zanelatto; Laranjeira, 2018).

No que se refere às práticas reconhecidamente eficazes na prevenção de recaídas, destaca-se a psicoeducação como um recurso bastante eficiente, uma vez que proporciona ao indivíduo compreensão acerca do funcionamento da dependência química, de seus impactos biopsicossociais e dos riscos associados à recaída, além de favorecer o desenvolvimento de estratégias de autocuidado e autorregulação (Farina *et al.*, 2013). Associado a isso, o Mindfulness tem sido amplamente utilizado como ferramenta de promoção da regulação emocional, contribuindo para o aumento da consciência corporal e emocional, a redução da impulsividade e o manejo da fissura (craving) (Kabat-Zinn *et al.*, 2017). As Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC), que fundamentam a presente proposta, apresentam elevada eficácia no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias, uma vez que operam na identificação, questionamento e reestruturação de pensamentos automáticos disfuncionais, bem como na modificação de crenças centrais negativas que sustentam comportamentos de risco (Zanelatto; Laranjeira, 2018). Complementarmente, a Terapia do Esquema aprofunda a atuação terapêutica, permitindo o acesso e o resgate de padrões emocionais e cognitivos disfuncionais, geralmente formados na infância, que perpetuam ciclos autodestrutivos, como o uso recorrente de substâncias (Young *et al.*, 2009). Além disso, a Arteterapia se configura como um recurso terapêutico expressivo e simbólico, que favorece a elaboração de conteúdos emocionais difíceis, promove o fortalecimento da autoestima e estimula processos de autorregulação, alinhando-se aos pressupostos da

Gestalt-terapia, especialmente no que se refere à ampliação da consciência (awareness) e à valorização do momento presente (Ciornai, 2004; Malchiodi, 2012).

Considerando esse contexto, propõe-se a implementação de um programa de prevenção de recaídas direcionado a um público adulto, do sexo masculino, diagnosticado com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), fundamentado nos princípios das Terapias Cognitivo-Comportamentais. A proposta contempla a realização de quatro encontros grupais com os acolhidos e um encontro específico destinado aos seus familiares, além de visitas observacionais complementares à instituição. As intervenções foram pautadas na aplicação de técnicas de autopercepção, dinâmicas grupais, estratégias cognitivo-comportamentais e recursos de regulação emocional, com o objetivo de promover a manutenção da abstinência e fortalecer os fatores de proteção psíquica e social. A atuação interdisciplinar se constitui como eixo norteador do programa, proporcionando suporte integral e contribuindo para a criação de um ambiente terapêutico acolhedor, capaz de favorecer o fortalecimento dos vínculos e o desenvolvimento de estratégias eficazes de enfrentamento.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Intervenção na prevenção de Recaídas

A prevenção de recaídas, conforme delineada por Zanelatto e Laranjeira (2018), baseia-se em pilares fundamentais que visam a manutenção da abstinência e a reestruturação comportamental do indivíduo. O primeiro deles é a psicoeducação, que envolve o ensino sistemático sobre o funcionamento da dependência química, o ciclo da recaída, os gatilhos de uso e os sinais de alerta que antecedem a recaída, promovendo maior consciência sobre o processo adictivo (Zanelatto; Laranjeira, 2018, p. 155-158). Outro pilar essencial é o treinamento de habilidades de enfrentamento, como resolução de problemas, manejo de emoções e reestruturação de pensamentos disfuncionais, que ampliam a capacidade do paciente de lidar com situações de risco sem recorrer à substância (Zanelatto; Laranjeira, 2018, p. 159-162). A modificação do estilo de vida também é enfatizada, promovendo mudanças no ambiente social, estabelecimento de rotina estruturada e incorporação de atividades prazerosas e saudáveis, fortalecendo fatores de proteção (Zanelatto; Laranjeira, 2018, p. 162-165). Por fim, o uso de técnicas como o ensaio cognitivo da recaída e a elaboração de um plano de prevenção personalizado permite que o paciente antecipe dificuldades, desenvolva respostas alternativas e construa estratégias concretas para situações de alto risco (Zanelatto; Laranjeira, 2018, p.

165–168). Esses componentes, organizados dentro de uma estrutura terapêutica cognitivo-comportamental, formam a base de intervenções eficazes e amplamente validadas no tratamento da dependência química.

A psicoeducação no processo de recuperação

A psicoeducação, como já mencionado, é um pilar essencial na recuperação de pacientes com Transtorno por Uso de Substância (TUS). Por meio dela o sujeito insere-se no processo aprendendo a nomear e manejar diversas situações provenientes desta sociopsicopatologia. Consiste em expor, de forma clara e adaptada à linguagem do grupo (ou indivíduo), o funcionamento da dependência química, os olhares científicos atualizados, nomenclaturas usuais de seus processos, os riscos de recaída e os caminhos para a recuperação. Assim, visando aumentar os *insights* sobre sua condição, promovendo a compreensão de que a dependência é uma doença crônica, com impacto biopsicossocial, que exige adesão ao tratamento contínuo; a psicoeducação se faz essencial em um programa de prevenção de recaídas (Laranjeira *et al.*, 2018). Além de fornecer informações, a psicoeducação trabalha o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, manejo de gatilhos, identificação de sinais de recaída e fortalecimento da motivação para a mudança.

Estudos apontam que abordagens baseadas na psicoeducação e na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) são eficazes na prevenção de recaídas, pois auxiliam no reconhecimento de gatilhos, no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e na modificação de padrões de pensamento disfuncionais (De Matos Brito *et al.*, 2014; Soratto *et al.*, 2020). Além disso, programas estruturados, como intervenções baseadas em *Mindfulness*, têm demonstrado efeitos positivos na redução da ansiedade e da depressão, fatores frequentemente associados à recaída (Nunez Pumariega *et al.*, 2020). Um exemplo promissor foi identificado em um ensaio clínico randomizado realizado no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSAD) em Porto Velho, onde um programa baseado em *Mindfulness* mostrou eficácia na redução dos sintomas psicológicos e na melhora dos indicadores fisiológicos de pacientes em tratamento para o tabagismo.

Outra prática exitosa que pode ser usada como um recurso terapêutico é a “Roda de Conversa”. Estudos indicam que as rodas de conversas são uma estratégia eficaz nos processos de reabilitação, pois criam um ambiente de acolhimento e escuta ativa, estimulando a interação social, o pensamento crítico e a autoestima, elementos fundamentais para a reconstrução da autonomia e da qualidade de vida de indivíduos em reabilitação, favorecendo a expressão de sentimentos, percepções e necessidades dos participantes (Alves *et al.*, 2023). Dessa forma, as rodas de conversa se

mostram um recurso valioso dentro dos serviços de saúde mental e reabilitação, contribuindo para um cuidado integral e humanizado.

Terapias Integrativas

A crescente complexidade dos quadros clínicos contemporâneos tem exigido dos profissionais de saúde mental abordagens terapêuticas mais flexíveis e responsivas. Nesse contexto, o movimento de integração entre a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e as chamadas terapias de terceira onda, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a Terapia Dialética-Comportamental (DBT) e a Terapia Focada na Compaixão (TFC), tem ganhado destaque. Segundo Pearson e Kennedy (2023), essa integração é orientada por processos transdiagnósticos, como a autorregulação emocional, a flexibilidade cognitiva, o autocuidado e a tomada de perspectiva, os quais permitem ao terapeuta adaptar intervenções conforme a demanda de cada paciente. A proposta não é a justaposição indiscriminada de técnicas, mas sim uma prática coerente e fundamentada, baseada em formulação de caso sólida e compreensão profunda dos mecanismos de mudança envolvidos. Essa abordagem integrativa amplia a capacidade de resposta terapêutica diante de casos complexos e resistentes, promovendo maior eficácia e sintonia com a diversidade de necessidades clínicas.

A Terapia do Esquema (TE) é um exemplo notável de modelo integrativo, que combina elementos da TCC tradicional com contribuições de Teorias do Apego, *Gestalt-terapia*, Psicanálise relacional e Terapias Experienciadas. Desenvolvida por Jeffrey Young, a TE foi concebida para tratar transtornos de personalidade e quadros crônicos, nos quais as intervenções cognitivo-comportamentais padrão mostravam-se limitadas. Por meio do trabalho com Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) e modos esquemáticos, a abordagem promove um resgate emocional profundo, utilizando estratégias cognitivas, vivenciais e comportamentais para promover mudança. Essa integração teórica permite não apenas a reestruturação cognitiva, mas também a reparação emocional e o fortalecimento do *Self* saudável, o que torna a TE especialmente eficaz para casos em que há comprometimento relacional precoce e dor emocional não elaborada (Young *et al.*, 2008). Ao unir técnica com vínculo terapêutico profundo, a Terapia do Esquema exemplifica como modelos integrativos podem ampliar o alcance e a profundidade da intervenção clínica.

A prevenção de recaídas no tratamento de transtornos crônicos e de difícil manejo - como os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), Transtornos de Personalidade e quadros depressivos persistentes - pode se beneficiar da integração de técnicas de abordagens variadas. Nesse contexto, a

integração entre a Terapia do Esquema (TE) e terapias de terceira onda tem se mostrado promissora, uma vez que permite intervenções de multicomponentes que atuam tanto na origem quanto na manutenção dos comportamentos disfuncionais. A TE, ao trabalhar com os modos esquemáticos e a reparação da criança interior, promove reestruturação de padrões afetivos profundos, o que reduz a vulnerabilidade emocional associada ao risco de recaídas. Já as terapias de terceira onda, como a ACT e a TFC, oferecem recursos para fortalecer a autorregulação emocional, desenvolver aceitação das experiências internas e ampliar a flexibilidade psicológica. Para Pearson e Kennedy (2023), a junção dessas abordagens possibilita intervenções mais duradouras, já que atuam simultaneamente na modulação da experiência subjetiva no presente e na transformação de esquemas antigos e disfuncionais, criando uma base sólida para a manutenção da mudança comportamental e emocional a longo prazo.

MINDFULNESS - Atenção plena

A prática da atenção plena (*Mindfulness*) tem sido amplamente estudada nas últimas décadas, especialmente a partir da criação do Programa de Redução do Estresse Baseado em *Mindfulness* (MBSR) em 1979. Os resultados dessas investigações têm demonstrado, de forma consistente, os impactos positivos dessa abordagem na saúde mental e física. A prática se mostra eficaz na redução de estresse, ansiedade, pânico, depressão, além de beneficiar pessoas com dor crônica e histórico de depressão grave (Kabat-zinn, 2017).

Para Figueiredo e Antonaccio (2024), o Mindfulness consiste em uma técnica de atenção plena ao momento presente e envolve trazer a atenção para o que está acontecendo aqui e agora, sem julgamentos, de maneira que se permita experimentar a auto-observação profunda e a descoberta do silêncio interior. Kabat-zinn (2017) afirma que além dos efeitos clínicos, estudos mostram que o mindfulness promove mudanças na forma como o cérebro processa emoções difíceis, direcionando a atividade neural para áreas associadas ao equilíbrio emocional e à regulação do estresse. Essas alterações influenciam positivamente o sistema imunológico e a plasticidade cerebral, afetando inclusive estruturas como o hipocampo (essencial para memória e aprendizagem) e a amígdala (relacionada às reações de medo).

Dentre os muitos tipos, técnicas e formas de praticar a “Atenção plena” é possível destacar o Body scan (escaneamento corporal, a técnica da degustação de chocolate ou uvas passas para que tenha intolerância ao chocolate, a técnica do relaxamento muscular progressivo (RMP), criada pelo médico americano Edmund Jacobson e a prática da autocompaixão, entre tantas outras que você pode

incorporar à sua rotina, desde que seja a mais adequadas ao seu perfil e estilo de vida (Teasdale *et al.*, 2016).

Praticantes regulares de mindfulness também demonstram maior ativação de áreas cerebrais ligadas à experiência direta do momento presente, em contraste com quem não pratica, cuja atividade se concentra mais em redes responsáveis pela construção de narrativas sobre o passado e o futuro. Isso aponta para o potencial da prática em transformar não apenas o modo como sentimos, mas como significamos nossas experiências. A cada dia, novas pesquisas aprofundam a compreensão sobre os benefícios dessa prática, revelando descobertas surpreendentes sobre seu impacto na saúde integral (Kabat-zinn, 2017).

Mindfulness e os TUS

O uso do mindfulness em tratamentos de adição já é documentado desde a década de 1990 (Zanelatto; Laranjeira, 2018), apesar de seu uso em projetos nacionais ainda se mostrar relativamente recente. Programas baseados nesta técnica, como o *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP), têm apresentado grande eficácia na prevenção de recaídas e manutenção dos pacientes, oferecendo uma ferramenta de: regulação emocional; aumento de resiliência; maior autoconsciência e controle de impulsos – habilidades necessárias na recuperação da dependência química (Zanelatto; Laranjeira, 2018).

A atuação do mindfulness nesse processo não se dá pela inibição da fissura ou dos afetos negativos gerados por ou levados a essa, mas sim pelo desenvolvimento da metacognição, que incentiva o sujeito a olhar para seus processos internos com curiosidade e aceitação, mudando seu modo de enfrentamento às situações. Segundo Zanelatto e Laranjeira (2021, p. 215):

O desenvolvimento da consciência metacognitiva, por meio das práticas meditativas, proporciona uma maior clareza cognitiva porque reduz a excitação emocional (e, consequentemente, as ruminações) diante de um gatilho, modulando emoções negativas e diminuindo a reatividade diante dos estímulos eliciadores de recaída.

Alguns estudos corroboram as contribuições das terapias meditativas neste âmbito por meio de análises sobre os mecanismos neurofisiológicos envolvidos no ciclo da dependência. As intervenções baseadas em mindfulness são capazes de melhorar a função executiva do cérebro, a regulação emocional e a neuroplasticidade por meio da modulação de redes de autocontrole que não estão envolvidas no processo

de abster. Em tratamentos convencionais de abstinência, as redes neurais ligadas ao córtex pré-frontal medial (CPFM) e ao córtex cingulado anterior (CCA), estão em constante resistência por um paradoxo de se apresentar a fissura e se propor reprimir esta, o que a acaba estimulando por fim. Como a atenção plena convida o sujeito a aceitar seu Self como ele está e a sua mente como ela se apresenta, este paradoxo é quebrado e se apresenta uma nova ferramenta para lidar com os estados de craving (Zanelatto; Laranjeira, 2018).

Portanto, ao incluir a prática de Mindfulness, a qual influência estados de afeto e cognição, realoca a atenção e processos de memória ligados ao uso de substância, bem como promove o aumento da consciência corporal, espera-se oferecer uma alternativa eficaz para o manejo da fissura e de hábitos Hiper compensatórios ligados a dependência, de forma prática e corroborada por evidências científicas.

Terapia do Esquema

A terapia do Esquema, como já mencionado, é considerada uma abordagem integrativa por carregar em seu escopo teórico-prático fundamentos de outras já consolidadas, acrescentando seus próprios conceitos chaves a esta. Assim, integra elementos como os da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), sendo estes os métodos para identificar e reestruturar crenças disfuncionais e pensamentos automáticos negativos (Young; Klosko; Weishaar, 2023). Já da psicodinâmica, incorpora a ênfase nas experiências precoces, nas internalizações inconscientes e nos padrões repetitivos de vínculo (Young *et al.*, 2022; Beck, 2013). A Teoria do Apego, baseada nos estudos de *Bowlby*, fornece sustentação para a compreensão da formação de vínculos afetivos e do impacto das relações infantis no desenvolvimento dos esquemas (Bowlby, 1989). A *Gestalt-terapia* oferece ferramentas para o contato emocional com figuras internas e para o trabalho com experiências inacabadas (Perls; Hefferline; Goodman, 1997). A Terapia Centrada na Emoção aprofunda o processamento de vivências emocionais dolorosas, promovendo maior validação e integração afetiva (Greenberg, 2011). Com a Psicologia do Desenvolvimento, têm-se a base conceitual para a definição das necessidades emocionais básicas cuja frustração origina os Esquemas Iniciais Desadaptativos (Young *et al.*, 2022). As terapias de terceira geração também contribuem significativamente: o *Mindfulness* promove o distanciamento das respostas esquemáticas e o desenvolvimento da consciência metacognitiva (Hayes *et al.*, 2006); a DBT fortalece habilidades de regulação emocional e tolerância ao sofrimento (Linehan, 2014); e a Terapia Focada na Compaixão (CFT) estimula o cultivo da autocompaixão e do

autocuidado, essenciais para a cura de esquemas punitivos (Gilbert, 2010).

Na TCC clássica *Beckiana* o conceito de esquemas mentais já é discutido, influenciado pela teoria cognitiva de Piaget, na qual se propõe que sejam estruturas mentais relativamente estáveis que organizam pensamentos e interpretações do mundo, sendo estes mais focados no presente e reformuláveis por reestruturação lógica. Young *et al.*, (2023) ampliou e catalogou o conceito destes em sua abordagem, propondo que em casos mais complexos, geralmente relacionados à transtornos de personalidade ou outros pacientes mais resistentes, esses esquemas se apresentam de forma mais rígida, emocional, pervasiva e de maior dificuldade de acesso para elaboração de mudança.

Dessa forma, foram catalogados 18 esquemas iniciais desadaptativos (EIDS), associando seu surgimento ao não atendimento das necessidades emocionais básicas universais: segurança, estabilidade, cuidado e aceitação, autonomia, competência e senso de identidade, liberdade para expressar suas necessidades e emoções, espontaneidade e lazer, e um ambiente realista que promova o desenvolvimento do autocontrole. Essas necessidades foram divididas em cinco domínios, no qual foram agrupados os EIDS.

O primeiro domínio, da *Desconexão e Rejeição*, abrange esquemas como abandono, desconfiança/abuso, isolamento social, deficiência/vergonha e inibição emocional, todos associados à carência de vínculos seguros, aceitação e liberdade emocional. Já o domínio de *Autonomia e Desempenho Prejudicados* inclui esquemas como dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano, envolvimento emocional insuficiente e fracasso, resultantes da limitação na construção da autonomia, competência e senso de eficácia. O domínio *Limites Prejudicados* envolve direitos exagerados e autocontrole insuficiente, expressando dificuldades na internalização de regras, empatia e regulação. Por sua vez, o domínio *Orientação para o Outro* abrange submissão, autoanulação e busca de aprovação, derivados da supressão das próprias necessidades em favor da aceitação alheia. Por fim, o domínio da *Super vigilância e Inibição* contempla esquemas como negatividade/pessimismo, padrões inflexíveis e punição, relacionados à rigidez emocional, repressão da espontaneidade e autocritica exacerbada (Young; Klosko; Weishaar, 2023).

Como mencionado antes, os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) representam padrões duradouros de pensamentos, emoções, memórias e sensações corporais, desenvolvidos precocemente na vida (infância e adolescência), geralmente em decorrência de experiências negativas repetitivas com figuras significativas. Esses esquemas tornam-se centrais na forma como o indivíduo interpreta a si

mesmo, os outros e o ambiente, sendo ativados de maneira automática, especialmente em situações de estresse emocional ou nos vínculos interpessoais. Por serem inflexíveis e generalizados, os EIDs perpetuam respostas desadaptativas, mesmo quando as circunstâncias presentes não justificam tais reações.

Sua manutenção está associada ao uso de estratégias compensatórias ou de esquiva, que, embora aliviem temporariamente o sofrimento, contribuem para a continuidade dos padrões disfuncionais. Dessarte, comportamentos não fazem parte do esquema em si, mas surgem como uma maneira lógica para enfrentar as reações emocionais evocadas por esses. Assim, os esquemas orientam comportamentos, neste caso, autodestrutivos (Young; Klosko; Weishaar, 2023).

Essas estratégias seriam os modos de enfrentamento, que se configuram como padrões de resposta aprendidos que o indivíduo utiliza para lidar com a dor gerada pela ativação dos esquemas. Embora esses modos possam inicialmente ter um papel adaptativo — como proteger a pessoa de sentimentos de rejeição, fracasso ou desamparo —, eles tendem a se tornar disfuncionais ao longo do tempo, reforçando os próprios esquemas que buscam evitar. Young agrupou essas estratégias em três categorias principais: subjugação, quando o indivíduo se submete ao esquema como se ele fosse uma verdade absoluta; evitação, quando tenta bloquear ou fugir de qualquer situação que possa ativá-lo; e hipercompensação, quando reage de maneira oposta ao conteúdo do esquema, muitas vezes com comportamentos exagerados ou controladores. Essas formas de enfrentamento moldam o modo como a pessoa se relaciona consigo mesma e com o mundo, contribuindo para a manutenção de padrões rígidos e autosabotadores que impedem o desenvolvimento de uma vida emocionalmente saudável (Young; Klosko; Weishaar, 2023).

Para além disso, há também o conceito de modos esquemáticos, os quais representam estados mentais e emocionais momentâneos nos quais os esquemas e os estilos de enfrentamento estão ativos em determinado momento. Diferente dos esquemas, que são estruturas mais estáveis e duradouras, os modos são dinâmicos e podem se alternar rapidamente conforme as situações vivenciadas pelo indivíduo. Jeffrey Young desenvolveu o conceito de modos esquemáticos para explicar as rápidas mudanças de comportamento e humor observadas principalmente em pacientes com transtornos de personalidade, como o transtorno de personalidade borderline. Cada modo envolve a ativação de um ou mais esquemas, acompanhada de um padrão específico de enfrentamento. Eles são agrupados em quatro categorias principais: modos infantis (relacionados às necessidades emocionais não atendidas da criança interior), modos de enfrentamento disfuncionais

(estratégias aprendidas para lidar com a dor dos esquemas), modos de pais disfuncionais internalizados (vozes críticas ou exigentes internalizadas de figuras parentais negativas), e modos saudáveis (como o “Adulto Saudável”, que busca equilíbrio e regulação emocional) (Young; Klosko; Weishaar, 2023).

A Terapia do Esquema, portanto, visa reconhecer, compreender e transformar esses esquemas por meio de intervenções que integram abordagens cognitivas, emocionais e relacionais a fim de fortalecer o modo Adulto Saudável, promovendo o acolhimento das partes vulneráveis e a reorganização dos modos disfuncionais, por meio de técnicas que promovam confrontamento empático e envolvimento emocional do paciente no processo terapêutico. Sua eficácia já é amplamente comprovada por variados estudos em diversos quadros clínicos, como depressão crônica, transtornos de ansiedade, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), transtornos alimentares e dificuldades relacionais persistentes. Estudos indicam que essa abordagem promove melhora significativa dos sintomas e do funcionamento global dos pacientes (Taylor; Bee; Haddock, 2017). Revisões sistemáticas e pesquisas voltadas a diferentes populações, como adultos mais velhos com transtornos de humor e adaptação (Videler *et al.*, 2014) e pacientes com transtornos de ansiedade (Reiss; Lieb; Arntz, 2014), reforçam a versatilidade e a efetividade da Terapia do Esquema em contextos clínicos diversos.

Terapia do Esquema no tratamento dos TUS

Com base em estudos recentes, a Terapia do Esquema tem demonstrado potencial significativo no tratamento de Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), ao abordar os padrões emocionais e cognitivos disfuncionais que sustentam o comportamento aditivo. Brotchie *et al.* (2004) identificaram que indivíduos com TUS apresentavam escores significativamente mais elevados em diversos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) em comparação com pessoas sem histórico de uso problemático de substâncias, sugerindo uma forte relação entre o desenvolvimento precoce de esquemas disfuncionais e o comportamento de dependência. Complementando essa perspectiva, Roper, Dickson e Tinwell (2010) propuseram que intervenções terapêuticas centradas nos esquemas ajudariam os pacientes a identificarem e compreenderem os gatilhos emocionais subjacentes ao uso de substâncias, promovendo maior consciência e controle sobre seus impulsos. Além disso, Ball (2007) demonstrou que a combinação da Terapia do Esquema com estratégias de prevenção de recaídas contribuiu para a redução do consumo e melhoria do funcionamento emocional dos pacientes, reforçando a eficácia e aplicabilidade clínica

dessa abordagem em contextos de dependência química.

Estudos brasileiros têm evidenciado a relevância dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) na compreensão e intervenção clínica dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). Rocha e Lopes (2019) realizaram uma revisão sistemática que demonstrou a presença recorrente de EIDs em indivíduos com TUS, destacando sua função como fatores de vulnerabilidade e perpetuação do uso, especialmente os esquemas de abandono, privação emocional, autossacrifício e padrões inflexíveis (Rocha; Lopes, 2019). De modo semelhante, Méa, Rodhen e Coelho (2018) identificaram, em uma amostra de usuários de crack, a predominância de esquemas ligados à desconexão e rejeição, reforçando a hipótese de que vivências emocionais precoces disfuncionais estão diretamente associadas à manutenção da dependência (Méa; Rodhen; Coelho, 2018). Cardoso e Cunha (2019) também verificaram, em revisão sistemática, que pacientes com transtorno por uso de álcool apresentaram escores elevados em esquemas como autocontrole insuficiente, abandono e grandiosidade, indicando que esses padrões cognitivo-afetivos podem estar na base da compulsividade do uso como forma de regulação emocional (Cardoso; Cunha, 2019). Complementando essa perspectiva, Silva e Rocha (2022) apontam que a Terapia do Esquema, ao promover a consciência emocional e o fortalecimento do modo adulto saudável, representa uma estratégia promissora para o tratamento da dependência química no Brasil, sobretudo quando aliada à psicoeducação e à prevenção de recaídas (Silva; Rocha, 2022).

Arteterapia

A Arteterapia surgiu como prática clínica estruturada a partir das experiências com soldados traumatizados durante a Segunda Guerra Mundial, quando profissionais da saúde observaram que a produção artística espontânea ajudava os pacientes a expressarem emoções e experiências que não conseguiam verbalizar. A partir dessas observações, o uso terapêutico da arte foi sendo sistematizado, inicialmente com forte influência da psicanálise e da psicologia analítica de Jung, valorizando a expressão do inconsciente por meio da criação simbólica (Dalley, 2000). Com o tempo, abordagens humanistas e existenciais passaram a integrar o campo, destacando a arte como via de autoconhecimento, transformação emocional e reorganização do *Self* (Levy, 2006). A produção artística, nesse contexto, não é avaliada por critérios estéticos, mas por seu potencial de revelar vivências internas e favorecer a construção de sentido.

No Brasil, a Arteterapia passou a ganhar espaço a partir das décadas de 1980 e 1990, especialmente com a atuação de psicólogas e educadoras que buscavam

integrar práticas expressivas à psicoterapia e à educação. Uma das principais referências nacionais é Selma Ciornai, que propõe uma abordagem fundamentada na escuta da imagem simbólica como via de acesso ao mundo interno do sujeito. Em *Percursos em Arteterapia*, Ciornai (2004) defende que o processo criativo permite o acesso aos conteúdos psíquicos profundos, favorecendo a integração de experiências emocionais, sensoriais e cognitivas. Para a autora, "a produção imagética pode funcionar como espelho psíquico e como meio de transformação interior" (Ciornai, 2004, p. 44). Sua proposta enfatiza o uso consciente dos materiais e a criação como ferramenta de diálogo interno, destacando o papel do terapeuta como facilitador atento ao processo expressivo do paciente.

Entre as abordagens que incorporam a Arteterapia à prática clínica, a Gestalt-terapia se destaca por valorizar a experiência vivida no momento presente e o contato autêntico com as emoções. A Arteterapia Gestáltica, nesse contexto, entende o fazer artístico como meio de tornar visível o que está emergindo na consciência, ajudando o paciente a reconhecer e integrar sentimentos, sensações e necessidades. Segundo Ciornai (2004), nessa abordagem, "a arte funciona como suporte do contato com o aqui e agora, promovendo *awareness* e a possibilidade de novas escolhas" (p. 67). A criação artística é usada como ferramenta para ampliar a consciência e promover a autorregulação, respeitando o ritmo e a espontaneidade do paciente. A imagem é vista como linguagem autêntica do *Self*, possibilitando o acesso a vivências emocionais com profundidade e segurança.

Arteterapia no contexto de reabilitação de TUS

A Arteterapia tem se mostrado uma ferramenta valiosa no tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), ao permitir que os pacientes expressem conteúdos emocionais muitas vezes inacessíveis pela linguagem verbal, promovendo reconhecimento de gatilhos, elaboração de conflitos internos e fortalecimento do *Self*. Por meio da criação artística, o indivíduo pode acessar experiências relacionadas a abandono, culpa, raiva ou vazio, que frequentemente estão na base do comportamento aditivo. Segundo Malchiodi (2012), a arte facilita a comunicação simbólica e permite a externalização segura de emoções intensas, sendo especialmente útil com populações resistentes ou que apresentam dificuldades reflexivas. No contexto brasileiro, Ciornai (2004) destaca que a Arteterapia oferece um espaço não ameaçador para o acolhimento da dor psíquica e o resgate da espontaneidade, aspectos essenciais no cuidado de dependentes químicos que frequentemente enfrentam estigmas e rupturas afetivas. Além disso, estudos como o de Vicker, Loch e Baker (2017) destacam que a arteterapia em

programas de tratamento para abuso de substâncias contribui significativamente para o aumento da autoestima, o fortalecimento do vínculo terapêutico e o suporte emocional necessário para a prevenção de recaídas. Kiefer, Tan e Harris (2016) reforçam esse papel complementar da arteterapia na reabilitação, evidenciando sua eficácia na melhora do bem-estar emocional e na redução dos índices de recaída. Ainda, Harris (2009) discute que a arteterapia promove benefícios psicossociais importantes, facilitando a reintegração subjetiva e o fortalecimento da autonomia emocional em indivíduos com dependência química.

Por oferecer um espaço terapêutico onde o processo criativo funciona como uma ponte para o autoconhecimento, essas técnicas permitem que o indivíduo entre em contato com aspectos profundos de sua história emocional, muitas vezes dissociados ou negligenciados ao longo do tempo. No tratamento dos TUS, essa abordagem se mostra especialmente potente ao possibilitar o resgate da criança interior — uma metáfora comum na Terapia do Esquema e em abordagens humanistas —, favorecendo a acolhida de experiências precoces de dor, abandono ou desamparo que frequentemente estão na raiz do comportamento aditivo (Ciornai, 2004). A atividade artística, por sua natureza lúdica e sensorial, estimula a espontaneidade, a imaginação e a autorregulação emocional, criando condições para que o indivíduo se reconecte com sua capacidade de brincar, de se expressar sem julgamento e de se sentir visto em sua subjetividade. Além disso, quando incluída como parte da rotina terapêutica, a Arteterapia pode funcionar como uma atividade de lazer estruturada, oferecendo uma alternativa simbólica e prazerosa ao uso da substância, promovendo bem-estar e reforçando o compromisso com a abstinência. Segundo Malchiodi (2012), a arte pode ativar sistemas neurais ligados ao prazer e à motivação, o que é fundamental para a construção de novas formas de recompensa emocional saudáveis no processo de recuperação.

Integrando conceitos de Arteterapia às ferramentas de elaboração emocional da Terapia do Esquema (TE)

Por ser uma abordagem essencialmente integrativa, a Terapia do Esquema (TE) comporta a inclusão de elementos de outras metodologias que permitam acessar os conteúdos a serem trabalhados dentro de sua teoria, especialmente quando se trata de pacientes com estruturas rígidas ou dificuldade de contato emocional. A Arteterapia Gestáltica oferece uma perspectiva especialmente interessante nesse contexto, ao proporcionar um canal expressivo não verbal para a elaboração simbólica dos esquemas. Segundo Ciornai (2004), o processo de criação artística funciona como uma ponte entre o mundo

interno e o externo, favorecendo o reconhecimento e a transformação de vivências emocionais. Quando utilizada de forma complementar à TE, a Arteterapia pode ampliar o alcance terapêutico, particularmente em grupos voltados ao tratamento de Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). Por ambas as abordagens — TE e Arteterapia Gestáltica — apresentarem resultados consistentes na redução da impulsividade e na promoção de consciência emocional (Young *et al.*, 2023; Malchiodi, 2012), torna-se útil integrá-las em momentos estratégicos da intervenção. Apesar do potencial dessa combinação, ainda há uma escassez de publicações sistematizadas que proponham modelos integrativos entre essas abordagens.

A integração entre a Terapia do Esquema e a Arteterapia Gestáltica se justifica não apenas pela compatibilidade teórica entre ambas, mas também pelo seu potencial clínico em contextos de sofrimento emocional intenso. A linguagem simbólica e sensório-motora da Arteterapia favorece o acesso a modos esquemáticos infantis e emoções profundas que, frequentemente, permanecem dissociadas ou rigidamente defendidas em pacientes com TUS. Para Malchiodi (2012), o processo artístico estimula a reorganização neural, oferecendo novas formas de autorregulação e expressão emocional. Isso está embasado atualmente com diversas investigações que confirmam que a arteterapia estimula a neuroplasticidade, ativando circuitos envolvidos na regulação emocional, interação social e integração sensório-cognitiva (Strang, 2024; Barnett; Vasiu, 2024). Atividades criativas repetidas demonstram efeitos neurofisiológicos duradouros, reforçando seu potencial como recurso de reorganização neural e autorregulação emocional. No mesmo sentido, Ciornai (2008) afirma que a imagem produzida pode funcionar como espelho psíquico e campo de ressignificação da experiência interna, especialmente quando acolhida com atenção terapêutica. A Arteterapia também contribui para o fortalecimento do modo adulto saudável ao estimular o senso de agência, o autocuidado e o prazer criativo — elementos fundamentais no processo de recuperação. Assim, ainda que pouco explorada empiricamente, a integração entre TE e Arteterapia Gestáltica se revela promissora como recurso clínico para o aprofundamento do vínculo terapêutico, a elaboração dos esquemas emocionais e a prevenção de recaídas.

METODOLOGIA

A metodologia foi definida a partir de dados coletados em visitas in loco (veja apêndice B), Assessoria da Mentora (Veja apêndice A) e aplicação de entrevista com o demandante (Veja apêndice C), a fim de compreender a estrutura da instituição, o perfil

dos acolhidos e os desafios enfrentados na recuperação.

Após a análise destes dados iniciais decidiu-se adotar uma abordagem metodológica qualitativa e exploratória, considerando os aspectos psicológicos, sociais e institucionais. Os dados coletados revelaram dificuldades na adesão ao tratamento, na convivência entre os acolhidos e na falta de atividades artísticas, além da dificuldade de lidar com os impactos emocionais provocados pela abstinência.

Com base nesses achados, optou-se por focar a intervenção nos aspectos da prevenção de recaídas, a partir da constituição de três pilares: psicoeducação, mindfulness e realização de atividades projetivas - buscando fortalecer o engajamento dos participantes no processo terapêutico. A proposta incluiu quatro encontros voltados para os acolhidos, nos quais foram aplicadas técnicas de autopercepção, dinâmicas de grupo e estratégias das Terapias Cognitivo Comportamentais - tanto a clássica 'Beckiniana' quanto as de terceira onda - para auxiliar na regulação emocional e na manutenção da abstinência. Para isso, utilizou-se de material de apoio midiático - slides - e documentos impressos com atividades para os participantes (Conforme previsto no Apêndice D), além de material livre de uso artístico na oficina de arteterapia. Cada encontro foi iniciado com diferentes tipos de atividade de mindfulness, sendo estas escolhidas para complementar as dinâmicas posteriores. Por ordem de encontro, as atividades de atenção plena que se ministraram foram: escaneamento corporal, técnica do chocolate, relaxamento corporal progressivo e mindfulness da compaixão.

Os dois primeiros encontros focaram na psicoeducação, sendo abordado a motivação, dependência química e a configuração neurofisiológica desta, a espiral da transteórica da mudança, a fissura e seu manejo, a importância da espiritualidade, da laborterapia, de outras atividades de lazer, da rede de apoio e o autocuidado na recuperação do TUS. Como proposta subjetiva foram dadas atividades impressas (Veja apêndice D), em ordem: por que eu estou aqui?; minha jornada: a espiral da mudança; minha âncora; pílulas grátis de autocuidado; resumo da teoria da psicoeducação e meu plano contra recaída (o qual propôs a cada um montar sua própria estratégia, de acordo com o que foi discutido nas rodas de conversa). Assim, esses documentos ficaram como lembretes do que foi discutido para os ingressantes. Ao final do segundo encontro, foi proposta a atividade "semeando a mudança", na qual foram distribuídas sementes de girassol e mudas da mesma planta, pedindo aos participantes que visualizassem no plantio dessas um plantio simbólico de suas motivações à mudança.

No terceiro encontro foi oferecida uma oficina de arteterapia: Retratos do eu: passado, presente e futuro

(Veja figura 1), usando uma intersecção entre a teoria da Terapia do Esquema e a Arteterapia visando propor uma forma criativa para os participantes acessarem seu modo criança, incentivar seu modo adulto saudável e visualizar sua jornada de recuperação. Para essa atividade, disponibilizou-se folhas no formato A3 e caixas de lápis de cor.

No quarto e último encontro, iniciou-se com uma recapitulação do projeto, seguindo para uma proposta de construção conjunta de três quadros dos sonhos, de metas de curto, médio e longo prazo (Veja figura 2), propondo aos acolhidos pensarem em como atingir suas metas - de forma realista - e refletir sobre seus valores que os motivam a seguir. Os materiais utilizados para esta construção foram três cartolinhas previamente decoradas pelos facilitadores e papeis do tipo post-it para a inscrição das metas. Por último, pediu-se que cada um escrevesse uma carta para si, com sugestão de uma estrutura temática, mas ao mesmo tempo livre para manifestar sentimentos, sonhos e emoções pessoais.

Ao final do projeto, assim como foi feito no primeiro dia de intervenção, foi aplicando um formulário (Veja Apêndice G) com 05 perguntas de carácter quantitativo e formato fechada usando o padrão "escala intervalar" de 0 a 10 (Bermudes *et al.*, 2016) a fim de se obter uma avaliação dos acolhidos sobre o trabalho realizado.

A escolha por uma abordagem interdisciplinar visou fornecer suporte contínuo e criar um ambiente mais acolhedor, fortalecendo a recuperação dos participantes. As técnicas e intervenções utilizadas neste projeto buscou promover mudanças significativas no bem-estar dos acolhidos, alinhando-se às necessidades identificadas na fase inicial da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados durante o trabalho acadêmico realizado na Comunidade Sagrada Família Dom Olívio Aurélio Fazza permitiu identificar aspectos relevantes sobre o funcionamento da instituição, o perfil dos acolhidos e os desafios enfrentados no processo de recuperação da dependência química. Dentre as particularidades observadas com potencial para interferir no resultado do processo terapêutico, destaca-se a importância de um acolhimento (triagem) assertivo, considerar, entender e enfrentar os desafios e barreiras enfrentados durante o processo de recuperação, além de considerar e capacitar a Rede de apoio como elemento essencial no suporte dos acolhidos.

A seguir, os resultados serão apresentados e discutidos, considerando as diferentes dimensões observadas durante a pesquisa. Todos os materiais utilizados e produzidos nas intervenções podem ser

encontrados acessando os links disponibilizados ao final desse Artigo.

O RISCO DE RECAÍDAS - Uma análise do caso "Apolo".

O caso do candidato a acolhimento denominado ficticiamente de "Apolo" (Veja o Apêndice E) evidencia a complexidade do processo de reabilitação, especialmente no enfrentamento de desafios sociais e emocionais após a alta. Seu histórico demonstra que as dificuldades no ambiente de trabalho e a ausência de estratégias eficazes para lidar com as frustrações foram fatores centrais em sua recaída.

"Apolo" compareceu de forma voluntária à Instituição de acolhimento após vivenciar a difícil experiência de uma recaída ao uso de substâncias psicoativas. Durante a entrevista, apresentou-se bem-vestido, com aparência física preservada, consciente e orientado, mas emocionou-se ao mencionar sua família. Foi observado que evitou contato visual, mantendo, na maioria do tempo, os olhos voltados para baixo, e em alguns momentos esboçava um sorriso contido, sugerindo um comportamento envergonhado.

Para enfrentar essa situação, a equipe terapêutica da Instituição planejou trabalhar, ao longo do período de reforço, estratégias para fortalecimento da autoestima, gerenciamento de fissuras e reestruturação da rotina, além de promover reflexões sobre suas expectativas em relação à vida e ao futuro. Este plano terapêutico individualizado reflete a compreensão da necessidade de adaptar as intervenções às características e necessidades específicas de cada acolhido.

O período de reforço é considerado fundamental para ajudá-lo a desenvolver mecanismos de enfrentamento mais saudáveis, reorganizar sua rotina e fortalecer sua autonomia na busca por uma reinserção social mais estável. Esta abordagem alinha-se ao conceito de prevenção de recaídas como um processo contínuo, que requer o desenvolvimento de habilidades específicas para lidar com situações de alto risco (Marlatt; Donovan, 2009).

OS DESAFIOS E BARREIRAS - A importância de uma abordagem acolhedora

Segundo relatos da Instituição (Veja Apêndices B e C), os principais desafios incluem manter o engajamento dos acolhidos no tratamento e evitar desistências, que ocorrem com frequência, embora não haja uma média mensal estabelecida. As barreiras específicas ao processo de recuperação envolvem as crises de abstinência e a fissura, além de conflitos decorrentes de dificuldades de convivência devido a opiniões e crenças distintas.

Um aspecto significativo relatado por algumas das psicólogas responsáveis pelos atendimentos é que alguns acolhidos acreditam que a reabilitação se resume à abstinência da substância de abuso, sem compreender a importância de um envolvimento ativo no tratamento. Esta percepção limitada pode comprometer a adesão às diferentes atividades propostas e o desenvolvimento de habilidades necessárias para a manutenção da sobriedade a longo prazo.

O caso do acolhido "Apolo" ilustra os desafios específicos enfrentados por acolhidos que retornam após uma recaída. Ele, durante a entrevista, demonstrou vergonha do retorno à instituição, considerando que seu papel de liderança no tratamento anterior gerava expectativas nos colegas, resultando em sentimento de frustração. Este aspecto emocional merece atenção especial, pois sentimentos de vergonha e culpa podem constituir barreiras significativas ao processo terapêutico (Dearing *et al.*, 2005).

A rotatividade dos acolhidos foi mencionada como um fator marcante do programa, com muitos abandonando ao tratamento antes de sua conclusão. Este fenômeno é comum em comunidades terapêuticas e serviços de tratamento para dependência química, representando um desafio significativo para a efetividade das intervenções (Perrone, 2014). Compreender os fatores associados à desistência e desenvolver estratégias para aumentar a retenção no tratamento constitui uma necessidade premente.

A REDE DE APOIO - Envolvimento Familiar e Reinserção Social

O envolvimento familiar no processo terapêutico ocorre através de encontros semanais de grupos familiares visando acolher demandas, conscientizar sobre o papel de cada familiar no processo de recuperação do acolhido e identificar padrões de codependência. Além das reuniões entre familiares e equipes técnicas da Instituição acolhedora, após 30 dias de tratamento, são permitidas visitas familiares aos acolhidos, as quais ocorrem a cada quinze dias, até o terceiro mês, quando se iniciam as saídas dos acolhidos para visitas às famílias.

Esta abordagem gradual reflete a compreensão da importância do suporte familiar na recuperação, mas também reconhece a necessidade de um período inicial de adaptação e estabilização. Durante a triagem, é identificado o grau de codependência dos familiares, que são incentivados a participar ativamente do processo de reabilitação, reconhecendo que a dependência química afeta todo o sistema familiar e requer mudanças relacionais para sua superação.

As principais necessidades identificadas nos acolhidos incluem a retomada de vínculos familiares

fragilizados e o trabalho com o isolamento social consequente do uso de substâncias. Estas demandas apontam para a importância de intervenções que transcendam o foco na abstinência e abordem as dimensões relacionais e sociais da dependência química.

Observou-se que as intervenções (encontros semanais) deste programa não apenas buscaram conscientizar sobre os processos envolvidos na abstinência, mas também promove mudanças na rede de relacionamentos e no projeto de vida dos acolhidos, resgatando sua autonomia e autoestima. Portanto, esta perspectiva alinha-se às abordagens contemporâneas de tratamento, que enfatizam a recuperação como um processo de transformação pessoal e social, não apenas como a cessação do uso de substâncias (White, 2007).

OS ENCONTROS DE INTERVENÇÕES - Uma rica experiência para acadêmicos e acolhidos

O primeiro encontro foi iniciado com a prática do Mindfulness denominado “Escaneamento Corporal” de Kabat-Zinn (2017). Esta atividade demonstrou-se bastante eficaz no propósito de centralizar a atenção dos acolhidos no momento presente. Na sequência, ao ser abordado o conceito de dependência química, foi solicitado aos participantes que compartilhassem suas visões sobre o assunto. Observou-se que algumas respostas demonstraram uma percepção crítica sobre o vício, como: “válvula de escape” e “um tipo de doença”.

Em seguida foram apresentados os estágios da espiral da mudança – Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção (Zanellato; Laranjeira, 2018). Nesta atividade, os assistidos foram convidados a identificar em que estágio se encontravam, a refletirem sobre o que já haviam mudado desde que chegaram na instituição, como gostariam de sair da instituição e quais passos considerariam necessários para alcançar essa meta. Esta dinâmica gerou momentos de introspecção os quais proporcionaram emotivos relatos. Na oportunidade, a psicóloga da instituição contribuiu com uma observação importante ao reforçar que uma recaída não necessariamente implicaria o retorno ao início da espiral, sendo, em alguns casos, apenas um “deslize” no processo, pois o indivíduo já não é o mesmo de quando iniciou a jornada de mudança. A colocação da psicóloga destacou que a recaída não deve ser encarada como um fracasso absoluto, mas como parte de um percurso que envolve avanços e desafios.

Em momento contínuo, foi realizada a atividade “Minha Jornada” (Veja o Apêndice D, p. 3), através da qual foi possível observar que os acolhidos estão conscientes das mudanças que já ocorreram, revelando tanto sofrimento quanto esperança de

mudança. Frases como “mudei meu estilo de vida e minha fé” sugerem um forte desejo de transformação pessoal, assim como sair da instituição com “a mente renovada” ou se tornar “um novo homem, um vaso novo” como descreveram alguns. O processo de coleta de dados foi participativo, respeitoso e significativo. Vale destacar que a fala dos acolhidos demonstraram compreensão do que é a dependência e disposição e abertura para reconfigurar as crenças quanto ao processo, denotando indicativos de eficácia da estratégia psicoeducativa adotada.

No segundo encontro, assim como no encontro anterior, a condução das atividades seguiu-se com uso do material midiático de apoio e documento impresso com as atividades e orientações para os acolhidos. Este encontro iniciou-se com a atividade de atenção plena do chocolate (Figueiredo; Antonaccio, 2024), a qual foi selecionada por possuir um perfil de curta duração e objetivar o maior *rappor* entre os participantes e os facilitadores. De fato, foi bastante perceptível a adesão, concentração e participação dos integrantes do grupo às atividades propostas posteriormente.

Após findado o Mindfulness, deu-se início a psicoeducação com foco no manejo de fissura, mapeamento de rede de apoio e validação de atividades com reforço ambiental de comportamentos adaptativos como: atividades lúdicas, esportivas, autocuidado, autocompaixão e laborterapia, todas com foco no apoio à abstinência. Após os conceitos apresentados na psicoeducação, foi realizada uma atividade, na qual os acolhidos criaram uma metáfora para descrever sua fissura e refletir sobre formas de enfrentá-la (Veja o Apêndice D, p. 4).

Um dos pontos de discussão levantados pelos acolhidos foi a família, a codependência e como lidar com a desconfiança instalada nas relações familiares e o sentimento de injustiça gerado por isso. Quando indagados sobre essas demandas, os facilitadores responderam que é normal haver essa relação instaurada, provavelmente pelos hábitos codependentes estabelecidos anteriormente. Uma estratégia recomendada foi a de reestruturar a comunicação nas relações com tipo de “contratos de confiança” pelo qual o adicto, quando ainda está na fase de cognição e emoção e não se efetuou o comportamento, comunica à rede de apoio a necessidade de sua ajuda no momento de risco. Segundo Minuchin (1982) e Selvini Palazzoli *et al.* (1981), a dinâmica familiar se organiza em torno de contratos relacionais implícitos, que regulam papéis, fronteiras e padrões de comunicação. No contexto da dependência química, a reconstrução desses contratos pode constituir um “contrato de confiança” entre o indivíduo e sua rede de apoio, viabilizando novas formas de cuidado e corresponsabilidade. Além dessas estratégias, também foi salientado a existência de um grupo de apoio para as famílias, com psicólogo e assistente social, o qual fornece orientações

pertinentes aos familiares dos acolhidos da instituição.

No terceiro encontro, a intervenção foi iniciada com a prática de mindfulness denominada, Relaxamento muscular progressivo (Kabat-Zinn, 2017), promovendo foco atencional e favorecendo o estado de autorregulação emocional.

Na sequência foi dado início a dinâmica “Retratos do Eu no passado, presente e futuro” na qual os acolhidos eram convidados a representarem, através de desenhos, vivencias ou projeções em diferentes momentos de suas vidas. Ver figura 01.

Ao representarem o “Eu do Passado”, observou-se a presença de elementos caóticos, sombrios e desestruturados, representados por símbolos como esqueletos, placas, setas desordenadas e estradas desconectadas, refletindo desorientação, desvios e impactos psíquicos do uso abusivo de substâncias.

Figura 1. Retratos do Eu.



Fonte: Acervo pessoal (2025).

Já no “Eu do presente”, os desenhos refletiam tanto os desafios atuais do processo de reabilitação quanto os recursos internos já desenvolvidos, como a esperança, o desejo de mudança e o fortalecimento dos vínculos comunitários. Algumas falas retratavam realidade, como: “Aqui é minha segunda família, onde me sinto cuidado e valorizado”, “Hoje eu entendo que preciso cuidar de mim. Regar minha vida igual a gente faz com as plantas aqui. Se não cuida, morre.” Nesta última fala a metáfora utilizada sugere não só a internalização dos processos terapêuticos e das atividades propostas na comunidade, como também a apropriação simbólica da própria trajetória de cuidado, resgate e crescimento. Isso remete diretamente ao conceito de resiliência, compreendida como a capacidade de um indivíduo superar adversidades, reorganizando-se positivamente frente a situações de risco (Paludo; Koller, 2005).

Por fim, no “Eu do futuro” emergiram representações ligadas à construção de uma nova identidade, pautada em projetos de vida, reconstrução de vínculos familiares e desenvolvimento de

autonomia, como o relato de um dos participantes, ao afirmar: “Quero uma nova vida, sair desse mundo e nunca mais olhar pra trás”. Esta afirmação traduz com precisão a busca pela ruptura de padrões autodestrutivos do passado. A escolha das palavras “nunca mais olhar pra trás” denota não apenas arrependimento, mas um movimento intencional de desconstrução de uma identidade até então marcada pela dependência química, e pela dor. Este discurso encontra eco na representação gráfica onde o participante destaca, de maneira explícita, elementos de superação, utilizando cores vivas, flores, céu e um arco-íris, símbolos universais de esperança, transformação e renovação.

Portanto, a dinâmica “Retratos do Eu no passado, presente e futuro” revelou ser uma estratégia eficaz para promover o autoconhecimento, fornecer subsídios para uma futura reestruturação cognitiva e ressignificação de esquemas disfuncionais presentes na trajetória dos acolhidos. Conforme descrito na literatura, pode-se observar que a integração de práticas de atenção plena, intervenção expressiva e psicoeducação favorece o fortalecimento de recursos internos (Kabat-Zinn, 2017; Zanelatto; Laranjeira, 2018; Lima; Ferreira, 2015; Guitel, Rodrigues).

O quarto encontro, assim como os demais, foi iniciado com a prática de “Mindfulness” (Atenção plena). Desta vez com foco no fortalecimento da autoestima, autoimagem e autocompromisso. Além dessa atividade inicial, o encontro contou com duas dinâmicas centrais: a construção do “Quadro dos Sonhos” e a escrita da “Carta de Apoio”.

Na primeira atividade os participantes foram convidados a refletirem sobre seus sonhos e metas sob a perspectiva de curto, médio e longo prazo. A partir dessas reflexões, os acolhidos construíram quadros dos sonhos (Figura 2) utilizando suas próprias reflexões para representar seus objetivos.

Figura 2. Quadro dos sonhos – Curto Prazo.

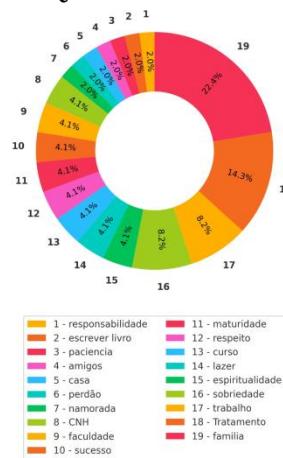


Fonte: Acervo pessoal (2025).

Ao analisar os relatos, foi possível observar grande envolvimento afetivo e simbólico com o material (figuras 1, 2, e 3), além de forte identificação com as metas projetadas e mais importantes, a maioria delas era plenamente realizável, por exemplo: voltar a

desfrutar do convívio familiar, concluir tratamento, ter uma casa, conquistar a sobriedade, conseguir casar etc. Veja os gráficos 1, 2 e 3 de todas as respostas listadas nos três painéis representando os quadros dos sonhos.

Gráfico 1. Quadro dos sonhos – Curto Prazo.



Fonte: Acervo pessoal (2025).

Gráfico 2. Quadro dos sonhos – Médio Prazo.



Fonte: Acervo pessoal (2025).

Gráfico 3. Quadro dos sonhos – Longo Prazo.



Fonte: Acervo pessoal (2025).

Na segunda dinâmica, os participantes escreveram cartas para si, em tom acolhedor e motivacional. A escrita envolveu validação de suas lutas, lembrança de estratégias de enfrentamento, reforço de qualidades

pessoais e compromisso com o processo de recuperação. Vários participantes relataram sentir-se emocionados e fortalecidos ao escrever e, em alguns casos, ao compartilhar seus textos. A prática favoreceu a introspecção e promoveu um momento de conexão emocional consigo mesmos.

Para finalizar o encontro, um dos acolhidos pediu licença para ler uma carta em nome de todos os acolhidos, na qual demonstrava, através de palavras de muito afeto e gratidão, o quanto foi efetivo e necessário a realização do projeto naquela comunidade.

Ao refletir sobre os resultados desse encontro foi possível observar que estratégias de projeção de futuro e autorreflexão de momentos passados e presentes podem promover impactos significativos no fortalecimento da autoestima e do senso de relevância para a família e para a sociedade.

Por fim, a atividade do "Quadro dos Sonhos" se mostrou eficaz na ativação de desejos e metas, funcionando como uma ferramenta visual de motivação e planejamento, alinhada com princípios da psicologia positiva e da terapia focada em soluções.

Já a escrita da "Carta de Apoio" favoreceu o exercício da autocompaixão e a construção de um diálogo interno mais gentil, demonstrando-se particularmente relevante em contextos de recuperação, nos quais, sentimento de culpa e autocritica costumam ser frequentes. Assim, infere-se que essa abordagem se alinha com estudos que demonstram os benefícios da escrita expressiva para o processamento emocional (Pennebaker; Smyth, 2016) e com práticas de *mindfulness* e autocompaixão propostas por Neff (2011). Apesar dessas considerações, observou-se que (conforme resultados da pergunta 5 do Gráfico 4) os acolhidos se mostraram pouco confiantes nos resultados dessa dinâmica.

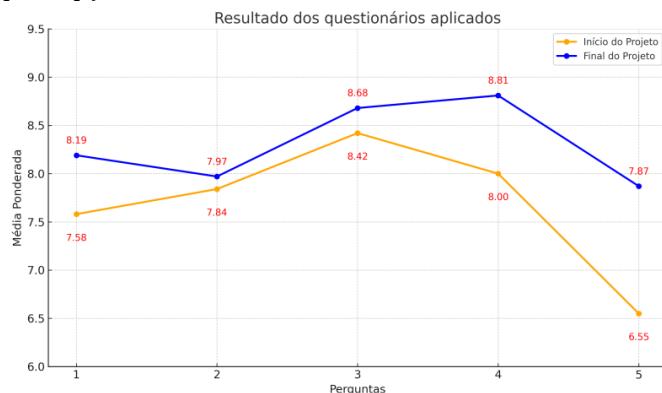
Portanto, a combinação das duas dinâmicas propiciou um espaço terapêutico de esperança, ressignificação e empoderamento. Embora os efeitos sejam observacionais e qualitativos, os relatos espontâneos dos participantes indicam um fortalecimento subjetivo em relação ao autocuidado e à perseverança frente aos desafios da trajetória de recuperação.

Para finalizar as atividades dessa intervenção e consequentemente a programação do Projeto, foi aplicado um questionário de formato fechado e caráter quantitativo a fim de mensurar a percepção de efetividade do projeto sob a ótica dos acolhidos.

Conforme os resultados apresentados no gráfico 04, ao observar as médias registradas na linha 1 (expectativa no início da aplicação do projeto) e ao serem comparadas com as médias da linha 2 (percepções ao final do projeto) os resultados das médias demonstram que para os acolhidos as atividades realizadas em cada encontro contribuíram para o processo de reconhecer desafios, implementar

estratégias de superação, aprender a lidar com a fissura, saber reconhecer as redes de apoio mais próxima, entender a importância das atividades como arteterapia, esporte, lazer e convívio social.

Gráfico 4. Resultados da relação expectativa X percepção.



Fonte: Acervo pessoal (2025).

Além disso, durante os encontros, ficou evidente o fortalecimento progressivo do vínculo (*rapport*) entre facilitadores e acolhidos. Esse vínculo sólido desempenhou um papel crucial na condução do processo, promovendo a participação ativa dos envolvidos e facilitando a expressão emocional genuína, a escuta empática e o desenvolvimento da confiança mútua. Segundo Young (2023), na terapia do esquema, a qualidade da relação terapêutica é um fator central para a modificação dos esquemas desadaptativos iniciais, pois um vínculo seguro e empático permite ao paciente acessar emoções profundas e promover a mudança. Assim, a conexão humana estabelecida revelou-se um diferencial significativo para a eficácia da intervenção, demonstrando que a qualidade dessa relação é, por si só, um recurso terapêutico poderoso e indispensável para o sucesso do trabalho.

CONCLUSÕES

Diante da complexidade que envolve o tratamento dos transtornos por uso de substâncias, este estudo evidenciou a importância de estratégias integradas e fundamentadas em abordagens contemporâneas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia do Esquema, o *Mindfulness* e a Arteterapia. As intervenções realizadas com os acolhidos da Comunidade Sagrada Família revelaram-se eficazes ao promover maior compreensão sobre a dependência química, fortalecimento de habilidades de enfrentamento, ampliação da consciência emocional e ressignificação de padrões disfuncionais. A vivência das atividades propostas demonstrou que a combinação de recursos psicoeducativos, expressivos e atencionais pode favorecer significativamente a

manutenção da abstinência e a reestruturação da identidade dos participantes em processo de recuperação.

Além disso, os resultados apontam para a relevância de um cuidado interdisciplinar que considere não apenas a abstinência como objetivo final, mas que busque a reconstrução subjetiva, relacional e social dos indivíduos. A participação ativa dos acolhidos, o envolvimento da rede de apoio e a valorização da expressão emocional se mostraram fundamentais para o fortalecimento do vínculo terapêutico e da motivação para a mudança. Portanto, este trabalho contribui para a ampliação das práticas clínicas voltadas à prevenção de recaídas, reforçando a necessidade de programas humanizados, flexíveis e sensíveis às singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Em síntese, os resultados evidenciam a complexidade do trabalho desenvolvido na Comunidade Sagrada Família Dom Olívio Aurélio Fazza e os múltiplos desafios enfrentados no tratamento da dependência química. A abordagem integral adotada pela instituição, combinando diferentes modalidades terapêuticas e buscando a reinserção social dos acolhidos, alinha-se às perspectivas contemporâneas de tratamento, que reconhecem a dependência química como um fenômeno multidimensional que requer intervenções igualmente complexas e abrangentes.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Renata Brasil *et al.* Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, p. 57-63, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/B7JqDRPchKqN83vRHKgvFCB/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 09 junho 2025.
- ARNTZ, Arnoud; JACOB, Gerhard. **Terapia do esquema na prática: um guia para profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BALL, Samuel A. Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 21, n. 3, p. 305-321, 2007. DOI: <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2007.21.3.305>.
- BARBOSA, José Adielson Pereira *et al.* DEPENDÊNCIA QUÍMICA E INTERNAMENTO: PERFIL DO USUÁRIO INTERNO E FATORES DE PROTEÇÃO. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 9, n. 1, p. 367-379, 2023. Disponível: <https://psicodebate.dpgsifpm.com.br/index.php>

- /periodico/article/view/970. Acesso em: 09 junho 2025.
- BARNETT, K. S.; VASIU, F. How the arts heal: a review of the neural mechanisms behind the therapeutic effects of creative arts on mental and physical health. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 18, 2024, p. 1422361. DOI: 10.3389/fnbeh.2024.1422361.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1085736>. Acesso em: 18 junho 2025.
- BELKOFER, Christopher M.; VAN HECKE, Amy Vaughan; KONOPKA, Lukasz M. Efeitos do desenho na atividade alfa: um estudo quantitativo de EEG com implicações para a arteterapia. **Art Therapy**, v. 31, n. 2, p. 61-68, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.2014.903821>. Acesso em: 18 junho 2025.
- BERMUDES, Wanderson Lyrio *et al.* Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. **Revista Vértices**, v. 18, n. 2, p. 7-20, 2016. Disponível em: <https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.v18n216-01>. Acesso em: 18 junho 2025.
- BOWLBY, John. **Uma base segura**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- BROITCHIE, John *et al.* Dysfunctional beliefs and attitudes in patients with substance use disorders. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Amsterdam, v. 26, p. 287–295, 2004.
- BROTCHIE, J.; Meyer, C.; Copello, A.; Kidney, R.; Waller, G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 43, pt. 3, p. 337–342, set. 2004. DOI: 10.1348/0144665031752916. PubMed: PMID 15333236.
- CARDOSO, Caroline de Oliveira; CUNHA, Samantha Cristina Ritzel. Esquemas desadaptativos e transtorno por uso de álcool: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 123-136, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190005>.
- CIORNAI, S. (org.). **Percursos em arteterapia: ateliê terapêutico; arteterapia no trabalho comunitário; trabalho plástico e linguagem expressiva; arteterapia e história da arte**. São Paulo: Summus Editorial, 2004. (Coleção Novas buscas em psicoterapia, v. 62). ISBN 9788532308368.
- DALLEY, T. **Arte como Terapia**. São Paulo: Summus, 2000.
- FARINA, Marianne *et al.* Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. **Aletheia**, n. 42, p. 175-185, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115035315015.pdf>. Acesso em: 09 junho 2025.
- GILBERT, Paul. **Terapia focada na compaixão: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- GREENBERG, Leslie S. **Terapia focada na emoção: coaching de emoções para crescimento e mudança**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- GREENBERGER, Dennis; PADESKY, Christine A. **A mente vencendo o humor: um programa cognitivo para a superação da depressão**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- GUITEL, Caroline Boiko; RODRIGUES, Guilherme Galves; DA SILVA, Sabrina Mariano. **Explorando Intervenções Terapêuticas para Saúde Mental e Dependência Química: Experiência de Estágio**. Disponível em: <https://l1nq.com/b7NEg> Acesso em: 21 maio 2025.
- HARRIS, M. C. Art therapy and substance use disorders: Theory and practice. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 37, n. 4, p. 297-304, 2009. DOI: 10.1016/j.jsat.2009.04.004.
- HAYES, Steven C. *et al.* Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 44, n. 1, p. 1–25, 2006. DOI: <https://editoraessentia.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.v18n216-01/5242>
- KABAT-ZINN, Jon. **Atenção plena para iniciantes: usando a prática de mindfulness para acalmar a mente e desenvolver o foco no momento presente**. Sextante, 2017.
- KIEFER, S. C.; TAN, S. Y.; HARRIS, M. C. The role of art therapy in addiction treatment. **Journal of Addiction Medicine**, v. 10, n. 2, p. 91–95, 2016. DOI: 10.1097/ADM.0000000000000189.

LEVY, B. **Art Therapy and the Creative Process: A Guide for Mental Health Professionals.** Chicago: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

LIMA, ACR de; FERREIRA, Danielle Vanin. Avaliação da prevalência de esquemas iniciais desadaptativos em sujeitos usuários de álcool e outras drogas. **Mudanças–Psicologia da saúde**, v. 23, n. 2, p. 47-58, 2015. Disponível em: <https://l1nq.com/l1hbq>. Acesso em: 21 maio 2025.

LINEHAN, Marsha. **Terapia comportamental dialética:** guia para o tratamento do transtorno de personalidade borderline. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MALCHIODI, C. A. **Art therapy and health care.** New York: Guilford Press, 2012.

MÉA, Cristina Pilla Della; RODHEN, Rodrigo Beltrame; COELHO, Leda Rúbia Maurina. Esquemas iniciais desadaptativos e dependência de crack. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Passo Fundo, v. 10, n. 26, p. 19–45, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v10i26.68901>.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias e terapia familiar.** Porto Alegre: Artmed, 1982.

PALUDO, Simone dos Santos; KOLLER, Silvia Helena. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, p. 187-195, 2005. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/h <https://www.scielo.br/j/ptp/a/3x5Cmbzx569n5zhvNPBdfYP/?format=pdf> Acesso em: 13 jun. 2025.

PEARSON, Damian; KENNEDY, Fiona. **Integrando TCC e terapias de terceira onda.** Tradução de Carolina S. Garcia. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2023.

PEETERS, N.; VAN PASSEL, B.; KRANS, J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: a systematic review and research agenda. **British Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 61, n. 3, p. 579–597, set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia: excitação e crescimento da personalidade humana.** São Paulo: Summus, 1997.

ROCHA, Isabella Carvalho Oliveira; LOPES, Ederaldo José. Transtornos por uso de substâncias

psicoativas e esquemas iniciais desadaptativos: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 76–94, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190011>.

ROMANINI, Moises; PEREIRA, Amanda Schreiner; DIAS, Ana Cristina Garcia. Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. **Disciplinarum Scientia|Saúde**, v. 11, n. 1, p. 115-132, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/970>. Acesso em: 11 junho 2025.

ROPER, L.; DICKSON, J. M.; TINWELL, C.; BOOTH, P. G.; MCGUIRE, J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: changes associated with a brief residential abstinence program. **Cognitive Therapy and Research**, v. 34, n. 3, p. 207–215, jun. 2010. DOI: 10.1007/s10608-009-9252-z

ROPER, Lynne; DICKSON, Janice M.; TINWELL, Cynthia. Early maladaptive schemas and substance use: a review of the literature. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, New York, v. 24, p. 155–171, 2010.

SAKULSRIPRASERT, C.; THAWORNWUTICHAT, R.; PHUKAO, D.; GUADAMUZ, T. E. Early maladaptive schemas and addictive behaviours: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, [S.l.], v. 30, n. 6, p. 1416–1432, nov./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2882>. Disponível em: . Acesso em: 12 jun. 2025.

SELVINI PALAZZOLI, Mara et al. **Os jogos psicóticos na família: estudo da comunicação esquizofrenogênica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

SILVA, Isabelle Maria da; ROCHA, Isabella Carvalho Oliveira. Terapia do Esquema aplicada ao uso de substâncias psicoativas: revisão integrativa da literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 10, n. 30, p. 169–181, 2022. Disponível em: Acesso em: 4 jun. 2025.

SOUZA, Jacqueline de. **Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas.** 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03082010-152711/en.php> Acesso em: 13 jun. 2025.

STRANG, C. E. Art therapy and neuroscience: evidence, limits, and myths. *Frontiers in Psychology*, v. 15, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1484481.

TAYLOR, C. D. J.; BEE, P.; HADDOCK, G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 90, n. 3, p. 456-479, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/papt.12112>. Acesso em: 12 jun. 2025.

TEASDALE, JOHN; WILLIAMS, MARK; SEGAL, ZINDEL. Manual prático de Mindfulness: um programa de oito semanas para libertar você da depressão, da ansiedade e do estresse emocional. Editora Pensamento, 2019. TENKARSVELD, Rianne et al. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: a systematic review and research agenda. *Journal of Anxiety Disorders*, [S.l.], v. 82, 102440, 2021.

VICKER, C.; LOCH, T.; BAKER, S. Art therapy in substance abuse treatment: A qualitative study of client experiences. *The Arts in Psychotherapy*, v. 54, p. 1-9, 2017. DOI: 10.1016/j.aip.2017.02.002.

VIDELER, A. C.; ROSSI, G.; SCHOEVAARS, M.; VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M.; VAN ALPHEN, S. P. J. Efeitos da terapia de grupo do esquema em pacientes ambulatoriais idosos: um estudo de prova de conceito. *Psychogeriatrics International*, [S.l.], v. 26, n. 10, p. 1709-1717,

2014. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610214001264>. Disponível

WHITE, William L. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, v. 33, n. 3, p. 229-241, 2007.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed Editora, 2009. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/Terapi a_do_Esquema_Guia_de_T%C3%A9cnicas_Cog.htm l?id=FEgrqcgtvN4C&redir_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Terapia_do_Esquema_Guia_de_T%C3%A9cnicas_Cog.htm?id=FEgrqcgtvN4C&redir_esc=y). Acesso em: 11 junho 2025.

ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Artmed Editora, 2018. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/O_Trat amento_da_Depend%C3%A3ncia_Qu%C3%ADmica_e.html?hl=pt-BR&id=CBtrDwAAQBAJ&redir_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/O_Tratamento_da_Depend%C3%A3ncia_Qu%C3%ADmica_e.html?hl=pt-BR&id=CBtrDwAAQBAJ&redir_esc=y). Acesso em: 11 junho 2025.