



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA CAMPUS DE BOTUCATU

Pablo Andrés Kurlander Perrone

**FATORES ASSOCIADOS À RECIDIVA E ABANDONO DO
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS:
um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Florence Kerr-Corrêa

Botucatu-SP
2019

Pablo Andrés Kurlander Perrone

**FATORES ASSOCIADOS À RECIDIVA E ABANDONO DO
TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS:
um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dra. Florence Kerr-Corrêa

Botucatu-SP
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Perrone, Pablo Andrés Kurlander.

Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos : um estudo longitudinal em duas comunidades terapêuticas / Pablo Andrés Kurlander Perrone.
- Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Florence Kerr-Corrêa
Capes: 40600009

1. Comunidade terapêutica. 2. Vício em drogas - Tratamento. 3. Recusa do paciente ao tratamento. 4. Qualidade de vida.

Palavras-chave: abandono do tratamento; comunidade terapêutica; dependência química; qualidade de vida; tratamento.

*As drogas não matam,
as drogas não são o problema.
Pessoas com problemas usam drogas
para tentar suportá-los
e, muitas vezes, morrem
na tentativa de viver.*

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Uma das tarefas a mim atribuída pela banca depois da defesa final, foi a de redigir esta apresentação pessoal, acredito que no intuito de evidenciar o enorme “conflito de interesse” que permeia este meu trabalho, já que sou um convicto, fervoroso e confesso apaixonado pela Comunidade Terapêutica.

Porém, devo confessar também sou muito mais apaixonado pela Comunidade Terapêutica do que pelas Comunidades Terapêuticas, já que, como se verá neste trabalho, estas últimas nem sempre são o que deveriam (ou poderiam) ser.

Sou uruguaio, Psicólogo, 42 anos, pai de três filhos (Paula, 18 anos; Gabriel, 5 anos; Isabela, 3 anos), esposo de Bebel, filho de Carlos (*In memoriam*) e Cristina, irmão de Natalia e Marcelo, neto, tio, sobrinho, genro, cunhado...

Sou dependente químico, em recuperação há 24 anos graças a uma Comunidade Terapêutica, na qual descobri que podia ser aquilo que eu sempre tinha tentado, mas nunca tinha conseguido: eu mesmo.

Um mês depois de completar 18 anos, ainda em Uruguai, a polícia foi me buscar em casa por causa do tráfico de drogas, fui detido e preso, mesmo sem estar em posse de nenhuma quantidade de droga nesse momento. Mais tarde, na delegacia central, me informaram que tinham uma grande quantidade de declarações de pessoas que teriam comprado drogas comigo. Eu vendia para meus conhecidos apenas para sustentar meu uso, mas isto não serviu de defesa nesse momento.

Resumindo esta história, meus pais contrataram um advogado amigo deles, que por sua vez delegou o caso para uma de suas sócias. Inês assumiu meu caso e, com isto, os sinais da vida começaram a se manifestar. O filho dela, também dependente químico, se encontrava nesse momento há alguns meses numa “Fazenda”¹ no Rio Grande do Sul. Ela imediatamente se identificou com a minha história e três meses depois eu pude sair da cadeia para ir para a mesma Comunidade Terapêutica em que se encontrava o filho dela, a Fazenda do Senhor Jesus de Viamão, RS, a primeira “Fazenda” do RS, fundada pelo Padre Haroldo, figura icônica do mundo das Comunidades Terapêuticas, que ainda aparecerá neste trabalho.

Nesta Fazenda pude me desenvolver como ser humano, amadurecer como homem, recuperar o vínculo com a minha família e com o meu Poder Superior, que durante todo o processo até agora foi adquirindo uma grande variedade de formas: uma imagem punitiva e

¹ No RS é comum chamar as Comunidades Terapêuticas de Fazendas, por causa da tradicional rede de Comunidades Terapêuticas chamada “Fazenda do Senhor Jesus”.

repulsiva, uma figueira numa mata, um objeto de adoração cega, uma força cósmica inefável, uma energia vital inigualável, um lugar de paz.

Depois disto, nunca mais me desliguei da Comunidade Terapêutica. Fui para Santos, SP, para estagiar num local que em nada se assemelhava com o que hoje compreendo como Comunidade Terapêutica, um lugar no qual aprendi o que jamais deveria fazer quando pudesse assumir a coordenação de um trabalho destes.

Em Santos passei as maiores provações da minha vida até esse momento, foi uma época extremamente difícil, longe de casa, da família, sem nenhum tipo de acolhida nem espaço, no meio de pessoas estranhas, absolutamente sozinho, sabendo que poderia retornar para casa quando desejasse, mas com a absoluta certeza de que esse era o lugar exato em que deveria permanecer até que o sinal aparecesse. Fiquei um ano nessas condições, e o sinal apareceu.

Graças a um sonho (sim, um sonho foi o sinal) fui parar numa Comunidade Terapêutica minúscula, numa cidade também minúscula no interior do Estado de SP chamada Itaporanga. A Comunidade Terapêutica era minúscula tanto em espaço físico como em estrutura humana, absolutamente diferente das outras duas que tinha conhecido. Quando cheguei contava apenas com oito residentes, e estes estavam sozinhos, sem equipe de trabalho, há uns dois meses aproximadamente. Além do nome ser o mesmo do sonho, o que mais me atraiu do lugar foi a quantidade de coisas que tinham para ser feitas, e a possibilidade de ser, finalmente, realmente útil.

Permaneci nesse lugar por 13 anos, muito a contragosto da minha família, que sempre desejou que voltasse para casa. Nesse ínterim casei e nasceu minha primeira filha (Paula), a Comunidade Terapêutica cresceu e se tornou referência em toda a região. Ajudei a fundar talvez umas 10 ou 15 outras Comunidades Terapêuticas, e quando finalmente abriu o curso de Psicologia numa cidade próxima (100km de distância), pude iniciar os estudos que tanto tinha desejado.

Apesar da clara e temprana vocação para a Psicologia, sempre fui bom com os números, e enquanto viajava 200km diários calculei que esta viagem significava uma volta ao mundo completa por ano, o que, definitivamente, era bastante simbólico para mim.

No meio do curso separei e meses depois conheci a minha atual esposa, e mudei para a cidade em que estudava, na qual fundei a Comunidade Terapêutica que é cenário neste estudo². Já com uma experiência muito maior, pude estruturar o trabalho de forma mais minuciosa e técnica, e em pouco tempo esta nova Comunidade Terapêutica cresceu e também se tornou referência regional.

² Comunidade Terapêutica Nova Jornada, Avaré, SP.

Há muitos anos já tinha conhecido a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT, e tinha abrigado desde então o desejo de me aproximar deste grupo de pessoas comprometidas com a ética e a técnica. Esta nova Comunidade Terapêutica passou pelo processo de filiação à FEBRACT, e depois de um tempo eu estava contribuindo com o trabalho desta Federação, primeiro em nível estadual e depois em nível nacional.

Hoje sou Gestor Geral da FEBRACT, atuo na Junta Diretiva da Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas – FLACT e na Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas – WFTC.

Sou militante da causa da Comunidade Terapêutica, porém também sou um grande crítico das Comunidades Terapêuticas, principalmente daquelas que dizem ser, mas não são. Aquelas que não possuem critérios técnicos nem éticos. Aquelas que não têm como principal missão, real e verdadeira, cuidar o melhor possível do ser humano que precisa de ajuda. Aquelas que não sabem, ou não querem saber, o que é de fato uma verdadeira Comunidade Terapêutica.

Também me considero um cientista em formação e, por isto, tento com todas as forças compreender da maneira menos enviesada possível o universo que me cerca, principalmente este universo da dependência química e das Comunidades Terapêuticas.

Por este motivo busquei sair apenas do empirismo e ir para a pesquisa, o que ocupou a minha monografia de conclusão de curso (TCC), meu mestrado e agora meu doutorado.

Neste processo pude compreender melhor todas as experiências vividas nestes anos todos em Comunidade Terapêutica, e pude também separar aquilo que foi benéfico daquilo que foi nocivo, buscando um método que minimize os efeitos colaterais ou danosos dos processos institucionais, busca esta que está na origem e na essência das verdadeiras Comunidades Terapêuticas.

Enfim, aqui está a minha confissão de “conflito de interesses”, de indivíduo apaixonado pela Comunidade Terapêutica. Porém um apaixonado crítico, disposto a quebrar os tabus e cortar na própria carne para encontrar a verdadeira riqueza da Comunidade Terapêutica, muito além das “Comunidades Terapêuticas”.

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento vai para o misterioso fluxo da vida, que me propiciou conhecer de tão perto a Comunidade Terapêutica, na qual pude me encontrar como ser humano e também encontrar a minha vocação profissional e existencial.

Agradeço a todos os dependentes químicos e familiares que atravessaram a minha vida, deixando um pouco de si e permitindo que eu deixe um pouco de mim, nesse movimento ininterrupto de crescer e aprender com a experiência e com o outro.

Agradeço a toda a equipe da Comunidade Terapêutica Nova Jornada, que confiou em mim como timoneiro dessa embarcação em permanente construção, grupo incrível de profissionais e amigos que me acompanharam a atravessar em segurança os mares hostis da caridade.

Agradeço a toda a equipe da FEBRACT, meus amigos, na pessoa de Beto Sdoia, atual Presidente (esperemos que por muitos anos ainda), que confiou a mim, um estrangeiro nessa terra, parte do precioso legado de ciência e fé construído por quase três décadas pelo querido Padre Haroldo Rahm e pelo Professor Saulo Montserrat.

Agradeço a todas as pessoas envolvidas no trabalho das verdadeiras Comunidades Terapêuticas do Brasil, que me permitiram contribuir de alguma forma na elevação da qualidade dos trabalhos por eles realizados, o que reafirma e reacende diariamente a minha paixão e vocação por este trabalho.

Agradeço às equipes da FLACT, da WFTC e do PROYECTO HOMBRE, por me permitir conhecer realidades além fronteiras, e com isto quebrar os paradigmas domésticos que limitam a criatividade e mínguem a audácia.

Agradeço a possibilidade de ter podido contar pessoalmente, neste trabalho, com a contribuição de três grandes referências internacionais do universo das Comunidades Terapêuticas: em primeiro lugar o Dr. George De Leon, maior autoridade mundial na temática das Comunidades Terapêuticas, com quem pude trocar e-mails e discutir pessoalmente sobre esta pesquisa, durante a sua participação na XVI Conferência Latino-Americana de

Comunidades Terapêuticas, organizada pela FEBRACT e realizada em Campinas, SP em dezembro de 2017; em segundo lugar Tom Brown, ex diretor do INL (Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs), organismo do Departamento de Estado dos Estados Unidos, com o qual também pude trocar e-mails e discutir pessoalmente sobre esta pesquisa, durante a sua visita ao Padre Haroldo e ao Conselho Deliberativo da FEBRACT em Campinas, SP, em fevereiro de 2018; em terceiro lugar o Dr. Wouter Vanderplasschen, professor da Ghent University de Bélgica, pupilo do famoso Dr. Eric Broekaert, pioneiro das Comunidades Terapêuticas da Europa, com o qual também pude trocar e-mails e discutir pessoalmente sobre esta pesquisa durante a 62ª Commission on Narcotic Drugs – CND da UNODC em Viena, Áustria, em março deste ano.

Agradeço a todos os grupos e pessoas contrárias às Comunidades Terapêuticas no Brasil, que me ajudaram, indireta e involuntariamente, a encontrar aquilo que temos de melhor para poder nos defender com propriedade, assim como também contribuíram com a nossa incessante busca de melhora na qualidade, na legalidade e na ética do trabalho das Comunidades Terapêuticas do Brasil.

Agradeço a minha família uruguaia, que ininterruptamente ao longo destes 24 anos apostou na minha capacidade de fazer diferente, me estimulando sempre a navegar em águas mais profundas e testar os meus limites, além de termos podido, mesmo com a distância e o tempo, manter o vínculo amoroso como se houvessemos nos visto ontem mesmo.

Agradeço a minha filha Paula, espírito sagaz e inquieto, alma nobre e mente privilegiada, que me acompanhou em grande parte desta travessia, me desafiando sempre a ser um pai melhor e uma pessoa coerente.

Finalmente, agradeço a minha esposa Bebel, por quem me apaixonei desde o primeiro olhar, que mesmo compreendendo e tolerando as minhas ausências, se permitiu não aceitar meus amores, me impelindo a equilibrar a minha paixão pela causa com a minha humanidade de pai e esposo.

RESUMO

Sendo a não adesão um dos maiores problemas relacionados com o tratamento da dependência química, a presente pesquisa, realizada com dois grupos de dependentes químicos em tratamento em duas Comunidades Terapêuticas (CTs) - uma masculina e outra feminina -, visa identificar os fatores que podem se associar ao maior tempo de permanência, ao abandono do tratamento e à qualidade de vida pós saída. Para isto foi realizado um estudo longitudinal nesses dois grupos. Como variáveis explanatórias foram consideradas as condições sociodemográficas, gravidade da dependência, condições de saúde física e mental, assim como os escores de instrumentos validados, no início e durante o tempo de permanência na CT, até o desfecho, sendo estes: inventário Beck para depressão, inventário de ansiedade, Escala de apoio social, avaliação de fissura de cocaína/crack, assim como a avaliação dos comportamentos, percepções e crenças dos dependentes em relação ao seu processo. O desfecho foi avaliado a partir do tempo de permanência, em dias, tomado como variável contínua, e como variáveis categóricas o abandono e a conclusão do tratamento, assim como o abandono precoce e o não precoce. Foi ainda avaliado o resultado pós tratamento através de um questionário de seguimento externo aplicado trimestralmente por 12 meses. Os resultados foram analisados pelo teste de qui-quadrado e pela regressão logística multivariada, buscando compreender, principalmente, quais fatores poderiam estar associados ao abandono do tratamento, com ênfase no abandono precoce – estabelecido como até 90 dias de permanência – assim como com a manutenção da qualidade de vida pós saída. Em relação ao abandono do tratamento, as variáveis que apresentaram associação estatística foram: maior tempo de consumo, estar trabalhando antes do ingresso na CT, estar amasiado/casado, maior escore de SDS cocaína, escore Moderado no CCQ-B e autorrelato de ansiedade. Na avaliação de saída a própria percepção de melhora, principalmente em relação às questões laborais e religiosas, foram as mais presentes no discurso de quem abandonou. No seguimento pós saída foram contatados 56,2% dos homens e 62,4% das mulheres e 70,0% das famílias dos homens e 67,1% das famílias das mulheres, sendo a mãe o familiar mais frequentemente contatado, e os que tiveram alta terapêutica tiveram maior taxa de contato em relação ao abandono precoce. Aqueles que se mantiveram em abstinência por 12 meses tiveram maior taxa de indicadores de qualidade de vida, e aqueles que tiveram alta terapêutica apresentaram 2,5 vezes mais chance de indicadores de qualidade de vida elevados, assim como também apresentaram maior chance em cada um dos seis indicadores de qualidade de vida presentes no questionário. Maior escolaridade, sexo feminino e estar utilizando medicação psicoativa no início do tratamento foram variáveis que também se

associaram a maiores indicadores de qualidade de vida elevados 12 meses pós saída. Finalmente foi evidenciado que a conclusão do programa terapêutico e a manutenção da abstinência foram os principais fatores associados com a presença de indicadores de qualidade de vida elevados 12 meses pós saída.

Palavras chaves: Comunidade Terapêutica, dependência química, tratamento, abandono do tratamento, qualidade de vida.

ABSTRACT

Adherence to treatment is a major problem in the treatment of substance use disorders. Therefore, the aim of this study was to investigate the different factors that could be related to a longer stay in treatment, dropout rates and quality of life after treatment. It was conducted in two Therapeutic Communities (TCs), one for males and one for females. Explanatory variables were: sociodemographic characteristics, mental and physical health state, severity of dependence, depression, anxiety, social support, cocaine craving as well as behaviors during treatment, perceptions and beliefs of patients about the treatment. Outcome was measured as time in treatment (in days - continuous variable), and completion of treatment or drop-out (early or late - categorical variables). After discharge, patients were evaluated four times at three months intervals, along one year. Outcome variables were analyzed by the chi-square test and by multivariate logistic regression, aiming at identifying which variables were associated to dropout, particularly early drop-out, and to quality of life after treatment. Variable significantly associated to drop-out were: longer period of drug use, being employed before admission to the TC, being married or living with a partner, higher severity of cocaine and self-reported anxiety. The reasons more frequently reported for dropping-out was perception of well being, particularly in relation to work and religious issues. At the after treatment follow-up 56.2% of men and 62.4% of women, 70.0% of families of men and 67.1% of families of women were contacted; mother was the main family member contacted, and those who concluded treatment had higher tax of contact than early dropouts. Abstinent for 12 months scored higher scores in quality of life indicators, and those who completed treatment had 2,5 more chance of scoring high in quality of life indicators. Higher education, female gender and using psychoactive medication at the beginning of the treatment were associated with higher indicators of quality of life 12 months after treatment. In brief, completions of treatment and abstinence maintenance were the main factors related to higher indicators of quality of life 12 months after treatment.

Keywords: *Therapeutic Community, addiction, treatment, adherence, dropout, quality of life.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas na amostra, separadas por tipo de alta e tipo de abandono	81
Tabela 2 - Distribuição da amostra por características relacionadas ao desenvolvimento da dependência química, separadas por tipo de alta e tipo de abandono	85
Tabela 3 - Distribuição da amostra por gênero, faixa etária e tempo de uso de SPAs	86
Tabela 4 - Distribuição da amostra por gênero, faixa etária e quantidade de tratamentos anteriores.....	87
Tabela 5 - Distribuição da amostra por características relacionadas a questões legais, separadas por tipo de alta e tipo de abandono	88
Tabela 6 - Distribuição da amostra por agravos atribuídos à dependência química, separada por tipo de alta e tipo de abandono	90
Tabela 7 - Resultados das escalas SADD (<i>Short Alcohol Dependence Data</i>) e SDS (<i>Severity Dependence Scale</i>) (maconha e cocaína), separados por tipo de alta e tipo de abandono.....	92
Tabela 8 - Comparação dos resultados da escala CCQ-B (<i>Cocaine Craving Questionnaire Brief</i>) entre a aplicação inicial e a final	93
Tabela 9 - Resultados da escala CCQ-B (<i>Cocaine Craving Questionnaire Brief</i>) por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono	95
Tabela 10 - Comparação dos resultados da escala Beck depressão entre a aplicação inicial e a final	98
Tabela 11 - Resultados da escala Beck depressão, por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono.....	100
Tabela 12 - Comparação dos resultados da escala IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) entre a aplicação inicial e a final	102
Tabela 13 - Resultados da escala IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) Traço, por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono	104
Tabela 14 - Resultados da escala IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) Estado, por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono	107
Tabela 15 - Comparação dos resultados da Escala de Apoio Social entre a aplicação inicial e a final	109

Tabela 16 - Resultados da Escala de Apoio Social, por aplicação, separados por tipo de alta e tipo de abandono.....	110
Tabela 17 - Distribuição das respostas do ACSP (Avaliação de Comportamentos, Sensações e Percepções) para as questões 1 a 12, agrupadas em duas categorias, de acordo com a variável observada, separadas por gênero.....	112
Tabela 18 - Distribuição das respostas do ACSP (Avaliação de Comportamentos, Sensações e Percepções) para a questão 13, separadas por gênero	113
Tabela 19 - Distribuição das respostas do QARA (Questionário de Avaliação das Razões para o Abandono), agrupadas em duas categorias, de acordo com a variável observada, separadas por gênero.....	114
Tabela 20 - Respostas do QARA (Questionário de Avaliação das Razões para o Abandono) por gênero	115
Tabela 21 - Modelo final de regressão logística multivariada para variáveis associadas ao abandono e abandono precoce do tratamento	117
Tabela 22 - Taxa total de resposta do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) por gênero	119
Tabela 23 - Taxa de contato pós saída por sexo e tipo de saída	119
Tabela 24 - Taxa de resposta do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) pelos ex acolhidos, por período e gênero.....	120
Tabela 25 - Taxa de resposta do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) pelos familiares, por período e gênero	121
Tabela 26 - Familiar contatado no QAEX (Questionário de Avaliação Externa), por gênero	121
Tabela 27 - Desvio padrão comparando as respostas do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) dos ex acolhidos e dos familiares, por agrupamento de respostas e período de aplicação	122
Tabela 28 - Resultados da aplicação do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) durante 12 meses, agrupando as questões de qualidade de vida, comparados por alta terapêutica e abandono precoce	123
Tabela 29 - Resultados da aplicação do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) durante 12 meses, separando as questões de qualidade de vida, comparados por alta terapêutica e abandono precoce	127
Tabela 30 - Relação entre frequência de consumo de SPAs e indicadores elevados de qualidade de vida	130

Tabela 31 - Modelo final de regressão logística multivariada para variáveis associadas ao desfecho bom (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa) pós saída.	131
Tabela 32 - Modelo 1 - Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e QAEX (Questionário de Avaliação Externa) bom geral (1-6)	133
Tabela 33 - Modelo 1.1 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 1 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa).....	134
Tabela 34 - Modelo 1.2 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 2 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa).....	135
Tabela 35 - Modelo 1.3 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 3 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa).....	136
Tabela 36 - Modelo 1.4 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 4 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa).....	137
Tabela 37 - Modelo 1.5 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 5 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa).....	138
Tabela 38 - Modelo 1.6 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 6 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa).....	139
Tabela 39 - Associação entre o tipo de saída (abandono/conclusão) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa).....	140
Tabela 40 - Associação entre o tipo de abandono (precoce/não precoce) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa)	141
Tabela 41 - Associação entre o tipo de consumo no 3º mês pós saída (pouco frequente, muito frequente) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa)	142
Tabela 42 - Associação entre o tipo de consumo no 12º mês pós saída (pouco frequente, muito frequente) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa).....	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre 2006 e 2012 do uso regular e uso em BPE de álcool.....	27
Quadro 2 - Comparação do aumento do consumo de álcool entre homens e mulheres nos EUA e Brasil.....	27
Quadro 3 - Comparação do aumento do consumo de outras SPAs entre homens e mulheres nos EUA e Brasil	27
Quadro 4 - Linha do tempo da aplicação dos instrumentos de avaliação	64
Quadro 5 - Modelos para a análise multivariada.....	75
Quadro 6 - Fatores de risco e de proteção para abandono e abandono precoce de acordo com o modelo final de regressão logística multivariada	118
Quadro 7 - Projeto Terapêutico da CTNJ por Fases	185
Quadro 8 - Atividades desenvolvidas na CTNJ, por tipo de atividade	186
Quadro 9 - Equipe da CTNJ	189

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação das CTs em Conselhos de Políticas Públicas – Brasil (em %)	46
Gráfico 2 - Recursos externos acessados pelas CTs	47
Gráfico 3 - Principais entidades associativas de CTs no Brasil	48
Gráfico 4 - Finalização por tipo de alta e tipo de abandono	78
Gráfico 5 - Respostas do QARA (Questionário de Avaliação das Razões para o Abandono) por gênero	116
Gráfico 6 - Finalização na CTNJ por tipo de alta de 2014 a 2017	145

LISTA DE SIGLAS

- AA – Alcoólicos Anônimos
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- AE – Amor-Exigente
- ATCA – *Australasian Therapeutic Communities Association*
- BDI – Inventário de Beck para Depressão (*Beck Depression Inventory*)
- CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CICAD – Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas
- CONEM – Conferência Nacional de Ética Médica
- CT – Comunidade Terapêutica
- CTNJ – Comunidade Terapêutica Nova Jornada
- DALY – *Disability-Adjusted Life Year*
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
- EUA – Estados Unidos da América
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
- FLACT – *Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas*
- FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde
- IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*Stait-Trait Anxiety Inventory*)
- INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
- LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
- MS – Ministério da Saúde
- NA – Narcóticos Anônimos
- NCPIC – *National Cannabis Prevention and Information Centre*
- NESARC – *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*
- NIDA – *National Institute on Drug Abuse*
- OEA – Organização dos Estados Americanos
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

WFTC – *World Federation of Therapeutic Communities*

DEFINIÇÕES

Considerando a utilização neste estudo de termos que podem adotar um significado diferenciado na linguagem peculiar das Comunidades Terapêuticas, fez-se necessário incluir esta seção de Definições para ajudar o leitor e melhor compreender o sentido atribuído a alguns destes termos ao longo do texto.

- **Abandono precoce:** interrupção do processo terapêutico antes dos 90 dias de permanência.
- **Acolhido:** se refere à pessoa que se encontra em tratamento na CT.
- **Acolhimento:** se refere tanto ao momento de ingresso na CT quanto ao processo terapêutico como um todo.
- **Assembleia comunitária:** atividade em que a equipe, juntamente com o grupo de acolhidos, avalia a CT como um todo, desde o próprio grupo, a equipe, as atividades internas e externas, os regulamentos, e tudo o que diz respeito à vida na CT.
- **Dependência química:** transtorno multifatorial decorrente do uso problemático de substâncias psicoativas, que afeta muitas das áreas da vida do indivíduo.
- **Desfecho bom:** alta prevalência de indicadores de qualidade de vida elevados, neste estudo foram avaliados no Questionário de Avaliação Externa – QAEX, nas questões 1 a 6.
- **Eficácia:** capacidade de uma intervenção produzir um efeito determinado. Neste caso, capacidade do processo terapêutico da CT produzir um desfecho bom.
- **Internação:** termo utilizado em muitos países para definir tanto o ingresso num determinado local de tratamento quanto para o tratamento como um todo. No Brasil, nas CTs este ato e processo se denomina “acolhimento”.
- **Qualidade de vida:** de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHOQOL, 1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Neste estudo o termo se refere, justamente, a variáveis relacionadas com a inserção social e produtiva do indivíduo,

sendo estas: participação em grupos de apoio, grupos religiosos, grupos de estudo, trabalho remunerado, relacionamento com a família de origem e constituída.

- **Recuperação:** processo de modificação do repertório comportamental durante o processo terapêutico, que pode levar o indivíduo a manter a abstinência e melhorar a sua qualidade de vida.
- **Tratamento:** neste estudo se utiliza o termo “tratamento” como sinônimo de “acolhimento”, no sentido de processo de recuperação em CT, mas também pode ser usado para se referir a outras formas de intervenções terapêuticas em outros tipos de equipamento.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	24
a) Diferenças epidemiológicas entre homens e mulheres na dependência química.....	26
b) Justificativa	28
1. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	29
1.1 Caracterização	29
1.2 Histórico das Comunidades Terapêuticas	30
1.2.1 <i>As origens: a Comunidade Terapêutica psiquiátrica</i>	30
1.2.2 <i>Um novo foco: a Comunidade Terapêutica para dependentes químicos</i>	33
1.2.3 <i>A realidade local: Comunidades Terapêuticas no Brasil</i>	37
1.3 A legislação das Comunidades Terapêuticas no Brasil.....	39
1.4 Os estudos de perfil das Comunidades Terapêuticas do Brasil.....	41
1.5 O abandono do tratamento na Comunidade Terapêutica	49
1.6 A eficácia das Comunidades Terapêuticas.....	54
2. OBJETIVOS	56
2.1 Objetivo Geral.....	56
2.2 Objetivos Específicos.....	56
3. HIPÓTESES	57
4. METODO	58
4.1 Descrição do desenho do estudo	58
4.2 Amostra	58
4.3 Cenário 59	
4.3.1 <i>Caracterização e critérios de admissão</i>	60
4.3.2 <i>Critérios de permanência</i>	62
4.4 Instrumentos	64
4.4.1 <i>Questionário de dados gerais, sociodemográficos e de saúde (Anexo G)</i>	64
4.4.2 <i>Inventário de Beck para Depressão (Beck Depression Inventory - BDI) –</i> <i>(Anexo H)</i>	65

4.4.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (<i>Stait-Trait Anxiety Inventory - IDATE</i>) – (Anexos I e J)	67
4.4.4 SADD (<i>Short Alcohol Dependence Data</i>) – (Anexo K)	68
4.4.5 Escala SDS (<i>Severity Dependence Scale</i>) – <i>Maconha e Cocaína</i> (Anexo L)..	68
4.4.6 Escala de apoio social (<i>Social supported scale</i>) (Anexo M)	69
4.4.7 Questionário de avaliação da fissura de cocaína (<i>Cocaine Craving Questionnaire Brief – CCQ-B</i>), versão brasileira adaptada para o crack (Anexo N).....	70
4.4.8 Questionário de avaliação das razões para o abandono (<i>QARA</i>) – (Anexo O)	71
4.4.9 Questionário de Avaliação de comportamentos, sensações e percepções (<i>ACSP</i>) – (Anexo P).....	73
4.4.10 Questionário de avaliação externa (<i>QAEX</i>) (Anexo P).....	74
4.5 Análise estatística.....	75
4.6 Considerações éticas	76

5. RESULTADOS 78

5.1 Análise de composição da amostra	78
5.2 Análise de perfil sociodemográfico	79
5.3 Análise do perfil do consumo	82
5.4 Análise dos instrumentos de avaliação de gravidade da dependência.....	92
5.5 Análise dos instrumentos de avaliação de estado afetivo e social	97
5.6 Análise dos fatores associados ao abandono.....	111
5.7 Análise dos resultados pós saída.....	119
5.8 Análise multivariada dos resultados pós saída.....	130
5.8.1 <i>Modelo 1</i>	132
5.8.2 <i>Modelo 2</i>	140
5.8.3 <i>Modelo 3</i>	141
5.8.4 <i>Modelo 4</i>	142

6. DISCUSSÃO 144

6.1 Desfecho bom e gênero.....	144
6.2 Desfecho bom e religiosidade	147
6.3 Desfecho bom e Grupos de apoio	148

6.4 Desfecho bom e alta terapêutica	149
6.5 Desfecho bom e abstinência.....	153
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	157
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIAS	160
ANEXOS	178
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	179
Anexo B – Autorização da CTNJ para uso de dados do banco de dados	181
Anexo C – Termo de Adesão	182
Anexo D – Termo de compromisso	183
Anexo E – Termo de autorização de uso de imagens	184
Anexo F – Características do programa da CTNJ.....	185
Anexo G – Questionário de dados gerais, sociodemográficos e de saúde	191
Anexo H – Inventário de Beck para Depressão (<i>Beck Depression Inventory</i> - BDI) ...	195
Anexo I – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (<i>Stalt-Trait Anxiety Inventory</i> – IDATE) – IDATE-E.....	198
Anexo J – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (<i>Stalt-Trait Anxiety Inventory</i> – IDATE) – IDATE-T.....	199
Anexo K – SADD (Short Alcohol Dependence Data).....	200
Anexo L – Escala SDS (<i>Severity Dependence Scale</i>) – Maconha e Cocaína	202
Anexo M – Escala de Apoio Social (<i>Social supported scale</i>)	203
Anexo N – Questionário de avaliação da fissura de cocaína (<i>Cocaine Craving Questionnaire Brief</i> – CCQ-B), versão brasileira adaptada para o crack ..	204
Anexo O – Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA).....	205
Anexo P – Questionário de avaliação de comportamentos, sensações e percepções (ACSP)	206
Anexo Q – Questionário de avaliação externa (QAEX)	207

INTRODUÇÃO

O uso nocivo de álcool e drogas vêm se tornando, nas últimas décadas, um problema endêmico de saúde pública no Brasil e no mundo, problema para o qual parece não existir estratégias capazes de diminuir efetivamente sua incidência e seus agravos, não somente no que diz respeito à saúde do usuário, mas também, e principalmente, a todo o contexto familiar, social, político, econômico e legal que permeia o assunto.

De acordo com o último Relatório Mundial sobre Drogas da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) aproximadamente 250 milhões de pessoas no mundo, ou uma de cada 20 pessoas com idade entre 15 e 64 anos, usam drogas ilícitas. Destas, cerca de 29,5 milhões (quase 12%) usam drogas de forma problemática e apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas, incluindo a dependência, havendo uma incidência anual de aproximadamente 190.000 mortes prematuras devido ao uso de drogas no mundo (UNODC, 2017). Este mesmo relatório aponta que o custo econômico social decorrente do uso de drogas ilícitas é de aproximadamente 1,7% do Produto Mundial Bruto³.

De acordo com o último relatório sobre álcool e saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2018) o consumo nocivo de álcool provocou 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) e foi o primeiro fator relacionado com o DALY (*disability-adjusted life year*), indicador internacional que significa “expectativa de vida corrigida pela incapacidade” ou “expectativa de vida saudável”, e indica o número de anos que um indivíduo pode esperar viver de forma saudável, sem limitações ou incapacidades. O uso nocivo de álcool foi também a 7ª causa de anos de vida perdidos, dados que evidenciam como o álcool tem se tornado o maior problema de saúde pública mundial, problemática de muito maior gravidade do que o consumo de todas as substâncias ilícitas juntas.

Em âmbito nacional, segundo pesquisa realizada em 2012 pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas – INPAD junto com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Brasil é o maior mercado mundial de cocaína/crack, correspondendo a 20% do consumo mundial da substância. A pesquisa ainda mostra que quase 3 milhões de pessoas no Brasil são usuários de cocaína/crack (LARANJEIRA, 2014).

³ O Produto Mundial Bruto (PMB) é a totalidade do Produto Nacional Bruto de todos os países do mundo. De acordo com o Banco Mundial, em 2016, o PMB atingiu cerca de US\$ 76 trilhões. Desta forma, o custo econômico social decorrente do uso de drogas ilícitas (1,7%) foi de US\$ 1,3 trilhões.

Em sua etiologia, o uso nocivo de substâncias já foi compreendido de diversas formas durante a história, desde uma perversão de caráter até um problema meramente biológico, sabendo-se hoje que é um problema multifatorial, que precisa ser abordado numa multiplicidade de linhas de cuidado, articuladas e complementares (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2016; RIBEIRO, 2012a; MARQUES, 2001), dentre as quais podem ser destacados os serviços de regime residencial, com promoção de ambientes livres de álcool e drogas ilícitas, assim como os serviços de regime ambulatorial, com critérios de adesão de menor exigência, que não consideram a abstinência como critério de ingresso e permanência, que se norteiam pelas estratégias de redução de danos (NIDA, 2018; BRASIL, 2001).

No que diz respeito ao tratamento da dependência química, o *National Institute of Drug Abuse* (NIDA), um dos principais institutos de pesquisa sobre drogas do mundo, afirma que não há uma única forma de tratamento que seja apropriada para todas as pessoas e que, para ser efetivo, o tratamento deve contemplar todas as necessidades e peculiaridades do indivíduo, sejam estas médicas, psicológicas, sociais, profissionais ou legais (NIDA, 2018).

De acordo com isto, o Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), em texto aprovado na reunião da Assembleia Geral de 23 de março de 2018, afirmou que é fundamental que o problema mundial das drogas receba um olhar integrado entre diferentes áreas do conhecimento, como saúde, segurança pública, assistência social, justiça, entre outros, que devem realizar intervenções com responsabilidade compartilhada (UN, 2018).

Isto evidencia a necessidade de construir estratégias eficazes de cuidado para os dependentes químicos, considerando a necessidade de incluir todas as formas possíveis de atendimento, muito além de ideologias e partidarismos.

Segundo o NIDA (2018), o tratamento, para ser eficaz, deve estar disponível, ou seja, ser de fácil acesso, já que a motivação para o mesmo tem uma duração curta no dependente químico. A pesquisa do UNODC (2017) mostra que apenas 1 em cada 6 dependentes químicos que precisam de tratamento no mundo conseguem acessar um programa, sendo que na América Latina esta proporção é de 1 para cada 11 pessoas. Também mostra que estes programas estão mais disponíveis nas grandes áreas urbanas, em detrimento das regiões rurais ou interioranas.

Estes dados levantam duas questões de ordem: primeiro, a necessidade de maiores investimentos por parte do governo na criação e desenvolvimento de serviços de atendimento a dependentes químicos em todas as modalidades possíveis; segundo, a necessidade de utilizar exaustivamente todos os recursos já existentes, já que a condição endêmica do problema não permite que sejam executadas apenas medidas de médio e longo prazo.

Neste cenário, a política de saúde mental brasileira modifica a estratégia adotada nas duas décadas anteriores, e passa a promover a diversificação da oferta de tratamento para a dependência química, incluindo entre as estratégias de cuidado as Comunidades Terapêuticas, equipamento que existe no Brasil há meio século, e que segundo levantamento da SENAD em 2014, atende praticamente 80% da demanda de cuidado em regime residencial.

a) Diferenças epidemiológicas entre homens e mulheres na dependência química

Embora a história da dependência química feminina no continente americano tenha uma história de mais de 150 anos (KANDALL, 2010), tem se observado na última década um aumento significativo no padrão de consumo das mulheres, tanto de álcool como de outras drogas, o que fez com que se precisasse repensar a forma de tratar a dependência química nesta população específica.

Dados internacionais como os da *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – NESARC* (DAWSON et al, 2014), dos EUA, os do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD, de Portugal (SICAD, 2017), evidenciam que o número de mulheres usuárias de SPAs tem aumentado significativamente. Também os dados da UNODC (2017) mostram que, embora as mulheres comecem a usar SPAs mais tardiamente, uma vez que iniciam aumentam o padrão de consumo mais rapidamente que os homens, assim como desenvolvem problemas decorrentes deste consumo também com maior rapidez.

Dados nacionais como o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – II LENAD (LARANJEIRA, 2014) realizado pela UNIAD/UNIFESP, o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (CARLINI et al., 2010), realizado pelo CEBRID/UNIFESP junto à SENAD, a Pesquisa nacional sobre o uso de crack (BASTOS; BERTONI, 2014) realizada pela ICICT/FIOCRUZ, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, promovido em 2015 pelo Ministério da Saúde – MS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2016), assim como os dados internacionais do recém divulgado Informe sobre o consumo de drogas nas Américas, elaborado pela Organização dos Estados Americanos – OEA e a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas – CICAD (OEA. CICAD, 2019), demonstram que houve um aumento significativo no padrão de consumo de SPAs, principalmente entre as mulheres, inclusive em idade escolar.

Segundo o II LENAD (LARANJEIRA, 2014) o aumento do uso de álcool entre 2006 e 2012 foi maior entre as mulheres, no que diz respeito ao uso regular (1 vez por semana ou mais) e ao uso em BPE (Beber Pesado Episódico – 4/5 doses em 2h), como mostra o Quadro abaixo.

Quadro 1 - Comparação entre 2006 e 2012 do uso regular e uso em BPE de álcool

	2006		2012		Aumento no período	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Uso Regular	27%	54%	38%	63%	41%	17%
Uso BPE	36%	51%	49%	66%	36%	29%

Fonte: II LENAD (2014)

Compilando e comparando os dados fornecidos pela NESARC (DAWSON et al, 2014), II LENAD (LARANJEIRA, 2014), o VI Levantamento Nacional (CARLINI et al., 2010) e a Pesquisa nacional sobre o uso de crack (BASTOS; BERTONI, 2014), pode-se observar como o crescente aumento no consumo de SPAs no Brasil e nos EUA tem atingido principalmente as mulheres na última década. Os Quadros abaixo evidenciam como a razão de usuários entre homens e mulheres tem diminuído neste período, principalmente para o álcool.

Quadro 2 - Comparação do aumento do consumo de álcool entre homens e mulheres nos EUA e Brasil

FONTE	ANO BASE	HOMENS	MULHERES	RAZÃO (H:M)	DIMINUIÇÃO
NESARC	2002	17,4%	8,0%	2,2:1	22%
	2013	17,6%	10,4%	1,7:1	
CARLINI et al.	2002	17,1%	5,7%	3,0:1	6%
	2007	19,5%	6,9%	2,8:1	
LENAD	2006	13,6%	3,4%	4,0:1	27%
	2012	10,5%	3,6%	2,9:1	

Fontes: DAWSON et al, 2014; CARLINI et al., 2010; LARANJEIRA, 2014

Quadro 3 - Comparação do aumento do consumo de outras SPAs entre homens e mulheres nos EUA e Brasil

FONTE	ANO BASE	HOMENS	MULHERES	RAZÃO (H:M)	DIMINUIÇÃO
NESARC	2002	3,3%	2,0%	1,65:1	0,1%
	2013	4,9%	3,0%	1,63:1	
CARLINI et al.	2002	1,6%	0,3%	5,3:1	10%
	2007	2,4%	0,5%	4,8:1	
BASTOS; BERTONI	2013	78,7%*	21,3%*	3,7:1	-

Fontes: DAWSON et al, 2014; CARLINI et al., 2010; BASTOS; BERTONI, 2014

* Taxa referente ao total de usuários.

b) Justificativa

A dificuldade encontrada pelo dependente químico em permanecer e completar o tratamento constitui uma problemática específica, diferenciada e contida na questão maior, que é a recuperação da dependência química.

Por este motivo faz-se necessário identificar os principais fatores que se associam ao abandono do tratamento, principalmente de forma precoce, assim como à recidiva, a fim de poder, no futuro, oferecer alternativas suficientemente capazes de diminuir os índices de abandono precoce do tratamento, principalmente no âmbito das CTs, objeto deste estudo.

Embora não conste no Descritores em Ciências da Saúde o termo “fator associado”, encontra-se um sinônimo deste: “fator de risco” (DECS, 2015, grifo nosso), que é descrito como um “aspecto do *comportamento individual* ou do *estilo de vida, exposição ambiental* ou *características hereditárias* ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma *condição relacionada com a saúde* considerada *importante de ser prevenida*”.

Por isto, ao referir-se este estudo aos fatores associados para o abandono precoce e recidiva, não busca estabelecer necessariamente uma relação de causa e efeito, mas sim de probabilidade de desfecho (abandono, abandono precoce e recidiva) de acordo com características específicas.

Todas as variáveis contidas na definição acima estão previstas neste estudo, de acordo com a seguinte relação:

- *comportamento individual* ou *estilo de vida*
 - características relacionadas à saúde, à dependência e outras comorbidades;
 - comportamento durante o tratamento (conclusão, abandono, abandono precoce);
- *exposição ambiental* ou *características hereditárias*
 - características relacionadas à saúde física e mental;
 - dados sociodemográficos.

A *condição relacionada com a saúde* a ser confirmada como *importante de ser prevenida*, neste estudo seria o abandono precoce seguido de recidiva.

1. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

1.1 Caracterização

A Comunidade Terapêutica (CT) é um serviço residencial transitório, de atendimento a dependentes químicos, de caráter exclusivamente voluntário, que oferece um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, cujo objetivo – muito mais ambicioso do que apenas a manutenção da abstinência – é a melhora geral na qualidade de vida, assim como a reinserção social do indivíduo (NIDA, 2015; VANDERPLASSCHEN; VANDEVELDE; BROEKAERT, 2014; DE LEON, 2008; DE LEON, 1994).

De Leon (1994) diferencia a CT de outras modalidades de atendimento por duas questões fundamentais: primeiro, porque oferece uma 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 CT 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 outros⁴. Assim, a CT é tanto o contexto em que ocorre a mudança quanto o método que facilita a mesma.

⁴ Obviamente, ainda de acordo com De Leon (2008), 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 CT.

1.2 Histórico das Comunidades Terapêuticas

1.2.1 As origens: a Comunidade Terapêutica psiquiátrica

Eles são chamados de terapeutas e *therapeutides*... porque professam uma arte da medicina mais excelente que aquela de uso geral nas cidades; porque aquela somente cura corpos, mas a outra cura almas que estejam sob o domínio de terríveis e quase incuráveis enfermidades, cujos prazeres e apetites, temores e tristezas, devassidões e loucura, e atos injustos e todo o resto de inumerável multidão de outras paixões e vícios, que tem infligido sobre eles (PHITO JUDAEUS apud GOTI, 1990, p. 19. grifo nosso)⁵.

Segundo De Leon (2008), a ideia de comunidade como ambiente terapêutico sempre esteve presente ao longo da história da humanidade, fato que se evidencia em muitos dos relatos antigos, desde os protótipos de comunidades ascéticas, como os essênios de Qumran (Mar Morto), com regras de convivência muito semelhantes às das primeiras CTs⁶, até os posteriores grupos de autoajuda espalhados por toda a Europa e América do Norte através do movimento humanista, baseado nas ideias de teóricos como Abraham Maslow, Carl Rogers e Rollo May.

Isto significa que há muito tempo a humanidade, ou pelo menos uma parcela desta, considera a vida democrática da comunidade como um ambiente potencializador das estruturas saudáveis do indivíduo, em detrimento das instituições asilares tradicionais, que se tornam improdutivas e patologizantes. Neste intuito, muitas tentativas surgiram simultaneamente ao longo da história moderna, principalmente desde o início do século XX, quando ideias revolucionárias começaram a invadir o cenário segregatório da psiquiatria convencional.

Já na década 1940, na França, Paul Balvet e Françoise Tosquelles, psiquiatras com ideais comunitários cristãos, dirigiram o hospital psiquiátrico Saint Alban, utilizando um regime peculiar de relações e trocas com a comunidade. Como os camponeses que se deslocavam para outras regiões deveriam passar inevitavelmente por dentro do hospital com seus animais, Balvet e Tosquelles iniciaram trabalhos artesanais dentro do ambiente hospitalar, e assim os pacientes esperavam os peregrinos e lhes vendiam suas artes fabricadas nas oficinas. Desta forma, através do seu trabalho, recuperavam parte de sua dignidade e autoestima, assim como eram potencializadas e fomentadas as regiões saudáveis do seu psiquismo (COUTINHO, 2007; RUIZ et al., 2013).

⁵ Este manuscrito data de aproximadamente 25 AC – 45 DC.

⁶ Goti (1990) comenta, a este respeito, os Manuscritos do Mar Morto, onde aparece um rolo chamado de “A Regra da Comunidade”, e outro “O Manual de Disciplina”, nos quais se descrevem os problemas e sofrimentos pelos quais os integrantes destas comunidades passavam antes de ingressar às mesmas, assim como as sanções e critérios de admissão e expulsão, muito semelhantes aos de algumas CTs.

Já na segunda metade do século XX, num ambiente mundial de pós-Guerra, como afirmam Amarante (1995) e Jorge (1997), Maxwell Jones – Psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido – inicia o movimento definitivo de reforma da psiquiatria, criando o modelo de CT psiquiátrica, sendo denominado de “terceira revolução em psiquiatria”⁷.

Maxwell Jones relata em entrevista (BARRACLOUGH, 1984) que atuou no Hospital Psiquiátrico Maudsley, em Londres, Inglaterra, desde 1938. Durante a guerra este Hospital foi dividido em duas unidades, sendo uma destas na escola pública Mill Hill, também em Londres, que tinha sido evacuada por causa da guerra. Nesta escola/hospital Jones passou a atender 100 leitos de pacientes vindos da guerra com todo tipo de problema. Porém logo percebeu que todos estes apresentavam sintomas muito semelhantes, e assim resolve tratá-los em grupo, usando técnicas do Psicodrama, de Jacob Levy Moreno (1978).

Após realizar uma profunda avaliação dos casos atendidos, Jones detecta nestes pacientes sintomas psicossomáticos ligados principalmente ao estresse vivenciado durante a guerra, e logo compreende que seria muito importante dividir este achado com os próprios pacientes e com a sua equipe. É importante considerar que este tipo de atitude por parte de um psiquiatra para com seus pacientes era algo verdadeiramente inovador, já que estes jamais participaram tão ativamente no processo de cura.

Os pacientes chegavam ao hospital com uma série de limitações que os impediam de socializar, de participar da vida familiar e, principalmente, de trabalhar, o que produzia grande preocupação no governo inglês nesse momento, principalmente devido ao grande contingente de homens que se encontravam incapacitados para a vida produtiva de uma sociedade em ascensão. Como o trabalho de Jones se mostrava aparentemente eficaz, o Ministério do Trabalho inglês resolveu realizar um estudo de seguimento com estes pacientes, no qual se constatou que 86% dos pacientes voltaram ao trabalho depois de 6 meses, o que, sem dúvidas, era um ótimo resultado. Em 1947 Jones chamou este método, no qual ele trabalharia durante o resto de sua vida, de Comunidade Terapêutica, termo este que teria sido cunhado em 1946 pelo Psiquiatra sul-africano, radicado na Inglaterra, Thomas Main, em seu artigo “*The hospital as a therapeutic institution*” para descrever o Northfield Army Hospital, no qual trabalhou com neuroses de veteranos de guerra (SILVA FILHO, 2015; DESVIAT, 2015).

Após o fim da guerra, de 1947 a 1959, Maxwell Jones trabalhou de forma semelhante com grupos de população em vulnerabilidade social, no Hospital Belmont, depois chamado

⁷ Segundo Blatner (1988) as revoluções em psiquiatria seriam: **Primeira revolução psiquiátrica:** Pinel e o Tratamento Moral. **Segunda revolução psiquiátrica:** Freud e a influência da psicanálise sobre a psiquiatria. **Terceira revolução psiquiátrica:** Psicofármacos e o esvaziamento dos macro-hospitais

Hospital Henderson. Devido à visibilidade deste trabalho Jones foi convidado para lecionar nos EUA, na Universidade de Stanford, Califórnia, e depois também no Hospital Estadual de Oregon. Ele acabou ficando nos EUA por 4 anos, tendo que voltar para Inglaterra devido a que suas ideias progressistas em relação ao tratamento psiquiátrico teriam levantado suspeitas de que fosse comunista (BARRACLOUGH, 1984).

Maxwell Jones visava uma maior interação do paciente no seu próprio processo, fazendo-se este assim partícipe das suas pequenas conquistas cotidianas. Ele afirma que “de maneira recíproca, a total dependência e passividade [...] precisa ser mudada a fim de permitir-lhe uma participação mais ativa em sua própria cura e na dos outros” (JONES, 1972, p. 43).

Na entrevista acima citada (BARRACLOUGH, 1984) Jones dizia que “hoje em dia os hospitais psiquiátricos são lugares tristes, com equipes frustradas e pacientes relativamente negligenciados”. Sobre as atividades no Hospital Henderson, Jones afirma que o que se buscava era criar um ambiente que contribuísse com o amadurecimento e desenvolvimento social, que tivesse uma atmosfera familiar, sem portas trancadas, sem drogas, chamando as pessoas (equipe e pacientes) sempre pelo primeiro nome, numa estrutura social democrática.

Ele afirmava que esta forma de participação ativa e recíproca favoreceria uma maneira diferenciada de aprendizagem, que ele denominou de “aprendizagem ao vivo”, um tipo de aprendizagem “peculiarmente imediata e pessoal por parte dos que estão envolvidos nela” (JONES, 1972, p. 111).

Por situação de aprendizagem ao vivo entende-se a utilização de uma difícil situação interpessoal para fins de treinamento ou tratamento. O importante é que a situação seja usada enquanto as emoções ainda estão vivas, e não de uma maneira retrospectiva que caracteriza em geral a supervisão de estagiários ou dos que estão sendo treinados em entrevistas psiquiátricas de tipo bipessoal (JONES, 1972, p. 168).

Juntamente com Jones, muito relevante foi a antipsiquiatria de Franco Basaglia (1960), movimento que denunciava os valores tradicionais da psiquiatria, que tratava o louco como um ser alienado, à parte da sociedade, afirmando que “a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença” (AMARANTE, 1995, p. 49).

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um “lugar” onde o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica (AMARANTE, 1995, p. 46).

Desta forma, tanto Basaglia quanto Jones propunham uma psiquiatria humanizadora, democrática, onde o doente mental tivesse a possibilidade de desenvolver-se como ser humano,

e não apenas perceber-se (de uma forma ou de outra) segregado do ambiente social que não mais o comportava.

Segundo Desviat (2015), o que Basaglia se propôs a fazer no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, do qual era Diretor, foi transformá-lo numa CT no modelo de Maxwell Jones. Inicialmente buscou melhorar as condições de hotelaria do espaço, assim como os cuidados oferecidos, mas logo percebeu que a interação com a rede externa se constituía como uma necessidade básica neste processo. Assim, incorporou ao tratamento hospitalar uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas, entre outros.

A designação de CT se referiria a um lugar organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns na criação de uma organização social dotada de propriedades de cura.

1.2.2 Um novo foco: a Comunidade Terapêutica para dependentes químicos

Uma vez estabelecido o processo de reforma psiquiátrica, e as pioneiras CTs psiquiátricas tendo sido iniciadas no ambiente setorial da saúde mental, o terreno estava fértil para o surgimento de novas modalidades desta mesma prática.

Por outro lado, diversos grupos já vinham constituindo-se como organizações de trabalho em prol da recuperação do alcoolismo e da dependência química, como afirmam De Leon (2008) e Goti (1990).

Segundo estes autores, o primeiro destes grupos a ser registrado foi uma organização religiosa da Inglaterra fundada em 1860, chamada Oxford, cujo objetivo era o “renascimento espiritual da humanidade”, buscando um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos, e acomodando de modo amplo todas as formas de sofrimento humano. No início do século XX, com as suas atividades em alta, os dirigentes do grupo constataram que aproximadamente 25% dos seus participantes eram alcoolistas em abstinência, o que acabou dirigindo naturalmente o seu foco de atenção para esta problemática específica.

Alguns integrantes deste Grupo Oxford influenciaram a formação de outro grupo, depois difundido em nível mundial: os Alcoólicos Anônimos (AA). Em 1935 dois alcoólicos em busca de recuperação – Bill Wilson, corretor de Nova York, e Dr. Bob Smith, médico cirurgião de Akron – se conheceram na casa deste último, quando o primeiro tentava se contatar

com outro alcoólico em recuperação, a fim de evitar uma recaída, como mostra o filme *My name is Bill W.* – O valor da vida (2006). O filme ainda mostra um dos amigos de Bill, chamado Ebby Tatcher, que tenta uma e outra vez ajudá-lo a parar com a bebida, principalmente depois de ter encontrado a “iluminação” num grupo religioso, que seria, segundo De Leon (2008), o Grupo de Oxford.

Assim, através deste alcoólico em recuperação, assim como de outros integrantes do grupo, os fundadores dos AA tiveram os primeiros contatos com os princípios espirituais deste grupo. Também segundo De Leon (2008), quem teria providenciado o encontro entre Bill e Bob, na cena acima descrita, teria sido Henrietta Sieberling, uma associada ao grupo Oxford, em Akron⁸.

Em 1953, a iniciativa dos AA dá origem a uma nova abordagem destes mesmos princípios, quando é criada uma nova associação chamada Narcóticos Anônimos (NA), baseada nos mesmos 12 Passos, adaptados agora para a dependência não somente do álcool, mas também para outras drogas, como é exposto no site oficial da organização (NA, 2018).

Ainda segundo De Leon (2008) e Goti (1990), em 1958, Charles Dederich, alcoólico em recuperação e membro dos AA, uniu suas experiências pessoais com as experiências do grupo, e iniciou um grupo semanal de “associação livre” em seu apartamento junto com outros membros da irmandade, o que acabou resultando em perceptíveis mudanças de comportamento nos participantes. Estas reuniões foram consideradas pelos seus membros como uma nova modalidade de terapia, e em pouco tempo resolveram constituir este grupo como uma comunidade residencial, até que em agosto de 1959, em Santa Mônica, Califórnia, EUA, foi fundada oficialmente Synanon⁹, o primeiro protótipo de modelo residencial comunitário para a recuperação da dependência química da história.

A mais notável mudança promovida por este grupo foi a passagem do ambiente não-residencial das reuniões regulares para a convivência integral no modelo de CT. Obviamente, as questões relativas ao ambiente residencial do novo programa de tratamento exigiram mudanças radicais quanto à estrutura organizacional, regras, metas, filosofia e orientação ideológica e, principalmente, o perfil dos atendidos pelo programa.

Outra peculiaridade deste grupo foi o atendimento a dependentes químicos, e não somente a alcoólicos, já que os grupos anteriores (Oxford e AA) atendiam unicamente público

⁸ O mesmo autor afirma que os futuros 12 Passos de AA seriam fruto justamente do contato dos fundadores do AA com os 6 princípios espirituais de Oxford, juntamente com as experiências que tiveram durante os primeiros passos da sua própria recuperação.

⁹ Segundo De Leon (2008), o nome *Synanon* teria sido uma adaptação das engrolações de um novo membro ainda intoxicado que, ao tentar ser admitido num dos grupos semanais, teria pronunciado dessa forma a palavra *seminar* (seminário).

com esse tipo de dependência. Como, de acordo com De Leon (2008), o perfil do dependente químico é diferente do perfil do alcoólico, isto também exigiu uma mudança na postura e metodologia do grupo, o que significou também um marco evolutivo na conceituação do que é, e a quem trata, uma CT¹⁰.

Synanon também introduz uma série de atividades culturais na vida da comunidade, como, por exemplo, pintura, música e dança, como nova modalidade terapêutica, o que representa, sem dúvidas, uma inovação na forma de tratar os dependentes químicos.

“Propositalmente, os residentes eram mantidos ocupados com estas novas atividades, para que não tivessem tempo para a velha vida de drogas e crimes. A distância da outra vida era um ingrediente importante. Synanon não exigia nenhuma mudança rápida” (SHAFFER, 1995, tradução nossa).

Estas mudanças também significaram modificações nos elementos básicos e essenciais do que tinha sido o grupo num começo, e isto provocou sérias controvérsias na direção do mesmo. Goti critica severamente o movimento de Synanon ao afirmar que “Synanon foi mudando progressivamente ou, para sermos mais exatos, foi incapaz de adaptar-se ao progresso. Evolucionou até se transformar atualmente¹¹ a Comunidade num culto, que está muito distanciado dos seus valores iniciais” (GOTI, 1990, p. 21, tradução nossa).

Ribeiro (2003) concorda com estas críticas afirmando que, a partir dos anos 70, Dederich começou a transformar Synanon em religião, centralizada na obediência total à sua figura, promovendo vasectomias e trocas de casais entre os seus seguidores, além de maus tratos e atentados contra aqueles que ousavam questionar os seus princípios.

Lamentavelmente esta é uma realidade passível de acontecer com todos os grupos que experimentam um crescimento rápido, e uma crescente valorização por parte da sociedade, cujos líderes podem ter muitas dificuldades em delegar funções, limitar as suas atribuições, e ver sua imagem, antes hegemônica, dissolver-se no meio de um todo muito maior.

Independentemente destas questões, De Leon (2008) e Goti (1990) indicam que o primeiro modelo autodenominado como CT foi o Daytop Village, fundado em Nova York, em 1963, por David Deitch, dissidente de Synanon, junto ao Monsenhor William O’Brien. O principal diferencial desta nova abordagem foi a inclusão de uma equipe multidisciplinar, o

¹⁰ Apesar de ter sido o modelo e o marco inicial das contemporâneas CTs, explica De Leon (2003, p. 27), Synanon nunca se autodenominou como CT, mas tomava a si mesma como uma comunidade alternativa de ensino de vida.

¹¹ Note-se que o texto é de 1990. Na atualidade, segundo Ribeiro (2003), parte dos seus preceitos ainda seriam utilizados como métodos de prevenção em escolas, dentro dos EUA.

que, apesar das grandes resistências por parte dos participantes das primeiras gerações de CTs, se tornou parte integrante do modelo principal do que se entende atualmente como CT.

Já o próprio David Deitch afirma que a primeira CT da história foi a *Ocean Park Ambulatory Therapeutic Community*, fundada em 1961 em Rio Piedras, Porto Rico, pelo psiquiatra porto-riquenho Efrén Ramirez (ADDICTION, 1999; RAMIREZ, 2010).

De acordo com David Deitch (ADDICTION, 1999), Efrén Ramirez teria sido treinado pelo próprio Maxwell Jones, e assimilado dele o conceito e a expressão “Comunidade Terapêutica”, utilizado depois em sua própria CT em Porto Rico. Deitch afirma que Daytop não teria sido uma CT de fato se não fosse pela influência de Ramirez, que tinha sido convocado pelo Prefeito da cidade de Nova York, John Lindsay, para dirigir os programas de tratamento da dependência química, e de quem Deitch teria sido assessor. Até esse momento a expressão utilizada para Daytop, em Connecticut, era “comunidade humanizadora”, termo que teria sido abandonado por Deitch devido ao fato de que o Dr. Ramirez acreditava que o termo “Comunidade Terapêutica” teria muito mais peso no âmbito da saúde mental.

Para além da história especificamente, e retomando a questão da necessidade da presença de profissionais nas equipes das CTs, ainda 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 pregressa em relação à dependência química e à recuperação dentro de CT.

Por outro lado, em várias CTs 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 CT, portanto não haveria necessidade de uma equipe técnica consistente, que atue em todas as frentes de trabalho da CT.

Quanto a isto De Leon afirma que “o que as CTs têm questionado ou rejeitado não são novas informações, mas formulações abstratas, vistas muitas vezes pelos profissionais das CTs como irrelevantes para a vida real dentro e fora dessas comunidades” (DE LEON, 2008, p. 8).

Após Daytop Village as iniciativas dirigidas à recuperação da dependência química em regime de CT aumentaram vertiginosamente pelo mundo todo, proporcionalmente ao aumento do problema da dependência química. Programas terapêuticos na Europa e nas Américas floresceram, expandindo este ideal, e adaptando-o a cada realidade.

Talvez o mais significativo destes programas, segundo Goñi (2005) e Goti (1990), provenientes diretamente de Daytop Village, surgiu na Itália em 1969, denominado como *Projeto Uomo*, que tomou muitos dos seus princípios, adaptando-os posteriormente à realidade

européia, espalhando-se depois por vários países da Europa, como no caso do *Proyecto Hombre* da Espanha.

1.2.3 A realidade local: Comunidades Terapêuticas no Brasil

Depois de um longo e complexo caminho, finalmente as CTs chegam ao Brasil. Segundo Fracasso (2008) em 1968, na cidade de Goiânia, nasce a primeira iniciativa brasileira, o Movimento Jovens Livres, fundado pelo casal Pastor Paulo Brasil e Pastora Ana Maria Avelar de Carvalho Brasil.

A segunda iniciativa brasileira teria sido o Desafio Jovem (*Teen Challenge*) Brasil (DESAFIO JOVEM, 2018) a fundação da primeira casa de Goiânia teria acontecido em 1977, tendo como primeiro presidente o Pr. Bernardo Johnson, cinco anos depois do lendário Pr. David Wilkerson¹² ter vindo ao Brasil pela primeira vez em 1972, a convite daquele.

Já em 28 de maio de 1978 foi fundada uma entidade filantrópica chamada Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), hoje designada “Instituto Padre Haroldo”, que no mesmo ano iniciou os trabalhos na “Fazenda do Senhor Jesus” para homens adultos, que seria o primeiro serviço no Brasil com características específicas de Comunidade Terapêutica, uma vez que o Padre Haroldo trouxe e implantou na “Fazenda” o modelo de Daytop, que depois foi amplamente disseminado pelo Brasil (IPH, 2018; FRACASSO, 2008)

Em 16 de outubro de 1990 o Padre Haroldo funda também a FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, com o objetivo fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as Comunidades Terapêuticas em todo o território Nacional. Além de atuar em parceria junto ao poder público na elaboração e execução de políticas públicas no que se refere à Dependência Química. A FEBRACT, portanto, foi criada objetivando contribuir nas ações referentes a prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social e construção de políticas públicas sobre drogas (FEBRACT, 2018).

Em 21 de janeiro de 1995 é aprovado, em Assembleia Geral da FEBRACT, o primeiro Código de Ética das CTs do Brasil, aprovado também pela Federação Mundial das Comunidades Terapêuticas em 24 de abril do mesmo ano.

¹² O Pr. David Wilkerson é autor do livro “A cruz e o punhal”, já traduzido para o português. Ele se notabilizara por ter sido preso no Fórum de Nova York, quando tentava defender sete jovens que haviam matado um adolescente numa cadeira de rodas, estando todos eles sob o domínio das drogas. O fato percorreu o mundo e o seu livro tornou-se best-seller, traduzido em várias línguas (DESAFIO JOVEM, 2018).

Um dos principais parceiros das CTs, ao longo dos últimos mais de 30 anos, na acolhida, orientação e apoio aos familiares dos dependentes químicos, tem sido o Amor Exigente – AE, um programa de auto e mútua ajuda criado na década de 70 nos EUA (*hard love* ou *though love*) pelo casal Phyllis e Davis York, pais de três filhas envolvidas com drogas, que desenvolve preceitos para a organização da família, praticados por meio de 12 Princípios básicos, trazido ao Brasil pelo já citado Padre Haroldo, atual Presidente Honorário da Federação Brasileira de Amor-Exigente (FEBRAE). Em 2009, com a criação do Novo Estatuto, o nome da Federação mudou para FEAE – Federação de Amor-Exigente, acolhendo assim os grupos que nasceram fora do país e ampliando as fronteiras para a atuação do movimento. Atualmente a sede da FEAE é em Campinas, SP. (AE, 2018).

Em pesquisa realizada em 2004 pelo Ministério da Saúde, sobre o perfil das CTs no Brasil, como mostra Duarte (2010), foram identificadas 339 CTs que faziam acolhimento integral para dependentes químicos. Destacou-se que 55% encontravam-se na região Sudeste, cerca de 30% no Sul e as demais regiões do país concentravam apenas 15% das instituições deste tipo. A grande maioria das comunidades (73%) foi implantada a partir da década de 1990 e atendiam, principalmente, homens (77%).

De acordo com o “Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil” (BRASIL, 2007) realizado pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), 55% das instituições que ofereciam atendimento para dependentes químicos no Brasil se autodenominavam CTs, e 80% dos atendimentos para dependentes químicos no Brasil seriam realizados dentro destas CTs.

Segundo divulgado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, no levantamento realizado juntamente com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2014), em 2014 existiam quase 1900 CTs no Brasil. Destas, cerca de trezentas estavam sendo financiadas pelo Governo Federal, no âmbito do programa “Crack: é possível vencer”. A maior parte destas CTs encontrava-se nas regiões Sudeste (41,77%) e Sul (25,57%) do país. A região Norte era a que tinha menor percentual de CTs (7,37%).

A comparação destes dados evidencia a proliferação de locais que se autodenominavam CTs no país neste período, fato este que já provocava grande preocupação em todas as áreas adjacentes às políticas sobre drogas, principalmente considerando a quantidade de locais irregulares e sem as mínimas condições estruturais e técnicas que surgiam diariamente.

Esta realidade exigia uma maior organização do estado em relação à legislação e regulamentação destes locais que se autodenominavam CTs.

1.3 A legislação das Comunidades Terapêuticas no Brasil

A insistência e colaboração da FEBRACT, auxiliou a proposta das CTs no Brasil ser discutida pelo Ministério da Saúde em sua “Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”. Regulamentada inicialmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em sua RDC 101/2001, deu forma e conteúdo oficial a um movimento de repercussão mundial que oferecia um modelo diferenciado de tratamento para o flagelo do momento. Dez anos depois, com a participação ativa da FEBRACT, esta resolução foi alterada e substituída pela RDC 29/2011, legislação que ainda se mostra deficitária em vários aspectos no que diz respeito à funcionalidade da regulamentação do serviço.

Em 2015, com a participação da FEBRACT, CONFENACT¹³, e outros órgãos que compuseram o Grupo de Trabalho¹⁴ instituído pelo Ministro de Estado da Justiça¹⁵, foi elaborada e publicada no Diário Oficial da União¹⁶ a Resolução do CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas) 01/2015, denominada de Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas, que regulamentava o funcionamento, os propósitos e as diretrizes das CTs do Brasil.

Apesar da relevância deste avanço, pouco mais de um ano depois esta Resolução foi suspensa temporariamente, a pedido do Ministério Público Federal (MPF)¹⁷, ficando então as CTs novamente sem uma regulamentação específica, a despeito das inúmeras tentativas realizadas pelos movimentos organizados de CTs do Brasil para criar uma legislação que legitime e delinieie este serviço. Embora o argumento legal que foi interposto pelo Ministério Público Federal para legitimar o pedido de suspensão da Resolução foi a incompetência do CONAD para regulamentar as CTs – por terem sido consideradas como serviços de saúde, mesmo quando a própria Resolução afirmava que as CTs não eram estabelecimentos de saúde

¹³ CONFENACT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas, foi fundada no dia 18 de agosto de 2012 pelas principais lideranças nacionais das Comunidades Terapêuticas: FEBRACT, FENNOCT (Federação Norte-nordeste de Comunidades Terapêuticas), CRUZ AZUL NO BRASIL, FETEB (Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil) e a Fazenda Esperança, com o objetivo de fortalecer a modalidade de tratamento de CT, para a construção de políticas públicas que insiram de forma efetiva a mesma na rede de atendimento de pessoas dependentes de drogas e seus familiares. Atualmente também compõe esta Confederação a FNCTC (Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas Católicas), que é um braço da Pastoral da Sobriedade (CONFENACT, 2018).

¹⁴ Estes órgãos foram: SENAD, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas, Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Federal de Psicologia e Conselho Federal de Serviço Social.

¹⁵ Instituído pela Portaria nº 14, de 25 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União em 29 de abril de 2014 (fls. 131/132 – Volume I).

¹⁶ Nº 165, de 28 de agosto de 2015, Seção 1, fls. 51-52.

¹⁷ Publicado em Diário Oficial da União, Nº 169, de 1º de setembro de 2016, fl. 35.

–, o verdadeiro motivo desta suspensão foi o embate ideológico proveniente de grupos como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), Movimento de Luta Antimanicomial e outros, que teimam em afirmar que as CTs replicam o modelo manicomial combatido por eles e, portanto, negam a sua existência como estratégia e recurso válido de enfrentamento ao aumento da dependência química no Brasil.

Porém, após um grande esforço conjunto da FEBRACT e CONFENACT, este Marco Regulatório voltou a vigorar após a Audiência Pública realizada no Tribunal Regional Federal da 3ª Região, em São Paulo, no dia 20 de março de 2018, na qual a Desembargadora Federal Consuelo Yoshida retirou a suspensão interposta pelo MPF¹⁸. A audiência contou com a presença de representantes da FEBRACT, CONFENACT, Fazenda da Esperança, MPF, Advocacia Geral da União (AGU), Consultoria Jurídica (CONJUR) do Ministério da Justiça (MJ), Ministério da Saúde (MS), Procuradoria Regional da União (PRU) 3, CFP, CFESS e CNDH. Esta revogação da suspensão se embasou no entendimento de que as CTs não são estabelecimentos de saúde, considerando outras resoluções recentes, como a Portaria Interministerial nº 2, de 21/12/2017¹⁹, a Resolução SEDS-SP 8, de 4 de maio de 2017²⁰, assim como também a Resolução nº 1, de 9 de março de 2018²¹, que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas e valida o papel das CTs como estratégia de atendimento a dependentes químicos.

O Conselho Federal de Medicina – CFM também se manifestou neste sentido em 2015, quando emitiu o Parecer CFM 09/2015, no qual aborda tanto o histórico quanto o método e legislação das CTs no Brasil. É interessante a clareza com que descreve algo que no cotidiano passa despercebido: a CT não é um lugar, uma instituição, a CT é um método, uma estratégia, que se aplica num lugar protegido. Também faz a diferenciação de CTs médicas e não médicas, de acordo com a natureza e complexidade de suas práticas (CFM, 2015).

¹⁸ Agravo de Instrumento Nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP.

¹⁹ Editada pelos Ministros da Justiça e Segurança Pública, da Saúde, do Desenvolvimento Social e do Trabalho, para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas.

²⁰ Dispõe sobre as instruções complementares para o serviço de Acolhimento Social na modalidade Comunidade Terapêutica de Interesse Social, específico da Política Sobre Drogas, no âmbito do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas, **Programa Recomeço: uma vida sem drogas**, do Estado de São Paulo, que constitui um exemplo de atuação integrada de várias Secretarias Estaduais relativas a Políticas sobre Drogas: Saúde, Educação, Desenvolvimento Social, Segurança, Justiça e da Defesa da Cidadania. Cabe ressaltar que a FEBRACT realiza o gerenciamento operacional e financeiro das ações deste Programa no que diz respeito ao serviço de Acolhimento Social na modalidade Comunidade Terapêutica de Interesse Social.

²¹ Publicado em Diário Oficial da União, Nº 49, de 13 de março de 2018, fls. 128-129.

Ou seja, na atualidade as verdadeiras CTs se encontram regulamentadas e amparadas legalmente, devendo ser fiscalizadas e avaliadas sistematicamente pelos órgãos competentes de cada região ou município, principalmente aquelas que hoje se encontram conveniadas com o Governo Federal, assim como com os Governos Estaduais e Municipais.

1.4 Os estudos de perfil das Comunidades Terapêuticas do Brasil

Diversos estudos tendenciosos e mal desenhados foram feitos ao longo da última década sobre as CTs do Brasil²², denunciando uma infinidade de práticas desumanas, irregularidades e abusos em grande parte das instituições, sendo que muitas destas práticas descaracterizam absolutamente o serviço das CTs, como a internação involuntária, grades e celas fortes, por exemplo.

Em 2011 o CFP publicou o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CFP, 2011), referente aos locais de internação para usuários de drogas, no qual inspecionou apenas 68 instituições (4,0%) dentre as mais de 1800 CTs atuantes, segundo o Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Se supõe que para que estes dados pudessem ter validade estatística deveriam ter sido inspecionadas pelo menos 314 locais – dentre os 1800 cadastrados –, ou seja, foi selecionada uma amostra 5 vezes menor que a mínima necessária. Além disso, grande parte destes 68 locais não se enquadrava nos critérios mínimos para poder ser denominada de CT, e apenas 4 das 68 eram filiadas à FEBRACT.

Este relatório denunciava uma infinidade de práticas desumanas, irregularidades e abusos, sendo que muitas destas práticas descaracterizam absolutamente o serviço das CT, como a internação involuntária, grades e celas fortes, por exemplo, o que é mais característico de clínicas involuntárias clandestinas.

Em maio de 2016, o CRP-SP (Conselho Regional de Psicologia, São Paulo) publicou o “Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo – Mapeamento das violações de direitos humanos” (CRP-SP, 2016), documento semelhante ao acima mencionado, mais uma vez elaborado de forma não científica e enviesada.

Neste Relatório o CRP-SP publicou os resultados de três inspeções, realizadas nos anos de 2013, 2014 e 2015. Nestas inspeções foram visitadas 43 instituições (18 em 2013, 17 em

²² Principalmente pelo Conselho Federal de Psicologia, assim como pelos seus Conselhos Regionais.

2014 e 8 em 2015). Inicialmente pode-se afirmar que o número de locais visitados por ano é estatisticamente insignificante, considerando que o Estado de SP contava, na época, com 425 CTs, segundo o Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil, tendo o maior contingente de CTs do país, e a amostra mínima para que tivesse validade científica seria de 203.

Contando os 43 locais inspecionados, esta amostra, assim como a do Relatório de 2013, é 5 vezes menor à mínima necessária, e isto se fossem considerados os 43 locais como verdadeiras CTs, o que, assim como no relatório anterior, não foi possível, já que os locais divergiam absolutamente das características essenciais das verdadeiras CTs. Porém, as inconsistências desse relatório não se resumiram somente a isto.

Destes 43 locais, apenas 14 (32,5%) continham o termo “Comunidade Terapêutica” em seu nome, e 16 (37,2%) continham o termo “Clínica”, o que já denota que, em sua caracterização nominal, quase 40% da amostra esteve composta por locais que claramente não se autodenominaram como CTs.

Em relação às denúncias realizadas, em 24 locais (55,8%) as mesmas estiveram relacionadas a internações involuntárias, celas fortes e grades, outra prática absolutamente contrária aos princípios das CTs. Isto não significa que os locais restantes fossem efetivamente CTs, mas apenas que as denúncias não estavam relacionadas a estas situações.

A grande maioria dos locais (26; 60,5%) eram instituições particulares, sendo que várias continham termos como ME e LTDA em seus nomes, característica totalmente incomum na denominação das CTs, que se caracterizam maiormente por serem ONGs, muitas delas Entidades Filantrópicas, o que, inclusive, consta no Art. 2^a da Resolução CONAD 01/2015 como critério básico para que o serviço possa ser considerado uma CT:

As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos [...] (RES. CONAD 01/2015).

Apenas 6 (14,0%) locais descreveram o atendimento como sendo gratuito, e apenas um dos locais (2,3%) era uma CT conveniada com algum programa do Governo Federal, sendo pelo Programa Recomeço, do Governo do Estado de São Paulo. Na época este Programa contava com 52 CTs conveniadas, ou seja, a inspeção do CRP-SP deixou de visitar todas as outras CTs participantes.

Ao mesmo tempo, nenhum dos locais possuía convênio com a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), sendo que na época havia mais de 300 contratos da SENAD com CTs no país, grande parte destes no Estado de SP.

Além disso, um dos locais visitados já tinha sido interditado pelo município, o que denota mais claramente a tendenciosidade da amostra selecionada.

Cabe considerar que a pesquisa realizada no ano de 2015 foi a mais pobre na amostra, nos resultados e na apresentação de dados das inspeções.

A divulgação deste Relatório foi suspensa por determinação judicial pouco depois da sua divulgação, justamente por terem sido detectados erros graves em sua construção e na divulgação de fatos inverídicos e difamatórios.

Em junho de 2018 foi publicado o **Relatório Nacional de Comunidades Terapêuticas**, por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) Ministério Público Federal (MPF) e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT).

Este Relatório foi fruto de visitas ostensivas realizadas nos dias 16, 17 e 18 de outubro de 2017 em apenas 28 locais de somente 12 dos 26 Estados da União mais o DF. Considerando as quase 2000 CTs atuantes, segundo o Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil (SENAD - Ministério da Justiça), a amostra representa aproximadamente 1,5% do total.

Porém, mais uma vez, a grande maioria dos locais apresentou características divergentes do modelo básico de CT, como internações involuntárias, contenção, celas fortes, etc.

Inclusive, no próprio relatório (pág. 66) está explicitado que somente 10 locais “afirmaram receber apenas internações voluntárias”, o que automaticamente excluiria da amostra de CTs os outros 18 locais.

Desta forma a amostra de supostas CTs se restringe a apenas 10 locais, o que significa 0,5% do total de CTs cadastradas junto à SENAD, sem dúvidas uma amostra insignificante para poder generalizar qualquer resultado que o relatório possa ter evidenciado.

Este relatório foi divulgado estrategicamente no dia 18 de junho de 2018, um dia antes da segunda Audiência Pública no TRF-3 citada anteriormente, que tinha como foco a revalidação da Resolução CONAD 01/2015 – Marco Regulatório das CTs.

Como este Relatório não teve a repercussão esperada dentro do Brasil, devido justamente ao enviesamento do seu delineamento, no dia 02 de outubro de 2018 os responsáveis pelo mesmo se reuniram com a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) em Colorado, Texas, USA, no intuito de levar as denúncias inferidas pelo Relatório para o âmbito internacional. Segundo consta no site do CFP “a expectativa é que a reunião gere desdobramentos práticos em nível internacional e sirva de subsídio para a visita que a Comissão Interamericana de Direitos Humanos pretende fazer ao Brasil em dezembro” (CFP, 2018).

Além dos relatórios citados, foi realizada uma verdadeira pesquisa científica sobre o perfil das CTs do Brasil, a pedido da SENAD, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), juntamente com pesquisadores de diversas universidades (Unicamp, UFRN, UFRGS, UFSCAR).

Este estudo, chamado de “**Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**” (IPEA, 2017), foi realizado de forma neutra e com amostra estatisticamente representativa, como deve ser uma pesquisa científica de fato, o que garante que os dados coletados e, conseqüentemente, os resultados obtidos, retratem mais fielmente a realidade das CTs no Brasil, reconhecendo seus méritos sem deixar de fazer as críticas necessárias.

A partir desta pesquisa foi possível observar o processo de padronização e profissionalização do funcionamento das CTs.

Mesmo que tenham sido identificados alguns serviços demonstrando precária adequação à regulamentação existente, pode-se constatar que grande parte das CTs se apresentaram atentas ao seu respeito, assim como às normativas estabelecidas.

Este estudo relata que em geral as CTs possuem sedes físicas bem equipadas, estrutura burocrática e equipe multiprofissional, resultados estes que a FEBRACT reconhece como representativos do modelo de CT que promulga e identifica entre as suas filiadas.

Dentro os principais resultados obtidos por esta pesquisa, podem ser ressaltados os seguintes:

1. Prevalência de CTs vinculadas a organizações religiosas

Porém, “diferentemente do que é mais comumente difundido, não se trata primordialmente de uma busca pela conversão religiosa” (IPEA, 2017, p. 35), ou seja, as CTs 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.

2. Média de 3 a 6 vagas por dormitório

Outra inverdade amplamente divulgada é que as instalações das CTs se encontram fora dos padrões exigidos pela ANVISA, enquanto que este resultado evidencia que a maioria das CTs se encontra devidamente adequada à legislação vigente, como a RDC 29/2011.

3. Medicalização das CTs

Segundo esta pesquisa, as CTs têm incorporado sistematicamente profissionais e procedimentos da área saúde em sua rotina de funcionamento.

4. Equipes Multiprofissionais

“Progressivo aumento de profissionais contratados e remunerados, com formação técnica” (IPEA, 2017, p. 35).

Dentre os profissionais mais presentes nas CTs se destacam: Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro e Médico.

Enfatiza-se, neste campo, uma discrepância entre as percepções sobre o modelo de CT veiculado pelas lideranças corporativas dos Psicólogos e Assistentes Sociais, de um lado; e o engajamento efetivo dos profissionais destas corporações, nestas instituições, de outro. Pois, enquanto as lideranças corporativas de ambas as profissões – representadas pelos Conselhos Federais de Psicologia e de Serviço Social – têm se mostrado resistentes ao financiamento Federal às CTs, os profissionais de suas bases têm encontrado nelas amplo espaço de atuação por meio de postos de trabalho remunerado.

5. Capacitação das equipes

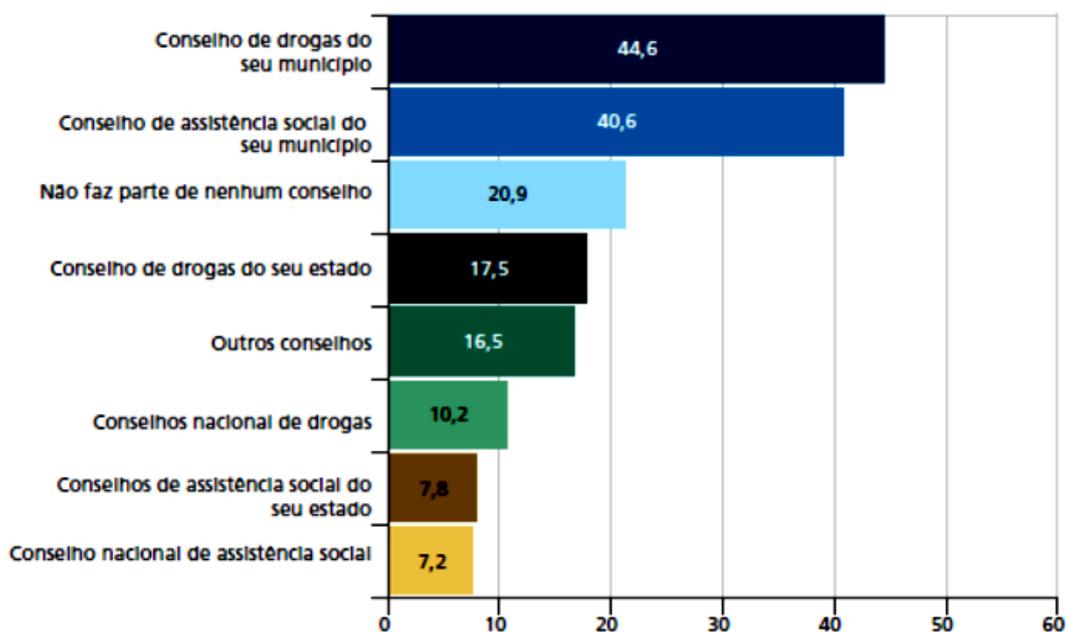
A pesquisa mostra que além de ter evidenciado a presença de profissionais nas equipes das CTs, estes profissionais estavam devidamente capacitados, principalmente por cursos oferecidos pela FEBRACT, SENAD e pela UNIAD.

Cabe destacar que a FEBRACT capacitou quase 25.000 trabalhadores de CTs desde sua fundação, em cursos presenciais que possibilitam os alunos a interagir com profissionais especialistas na área da dependência química e com vasta experiência comprovada em CT (FEBRACT, 2018).

6. Participação em Conselhos de Políticas Públicas.

Os dados apontam que as CTs têm se engajado cada vez mais nas Políticas Públicas municipais, estaduais e federais, atingindo cada vez maior representatividade no cenário político nacional, como mostra o **Gráfico 1**.

Gráfico 1 - Participação das CTs em Conselhos de Políticas Públicas – Brasil (em %)



Fonte: IPEA, 2017

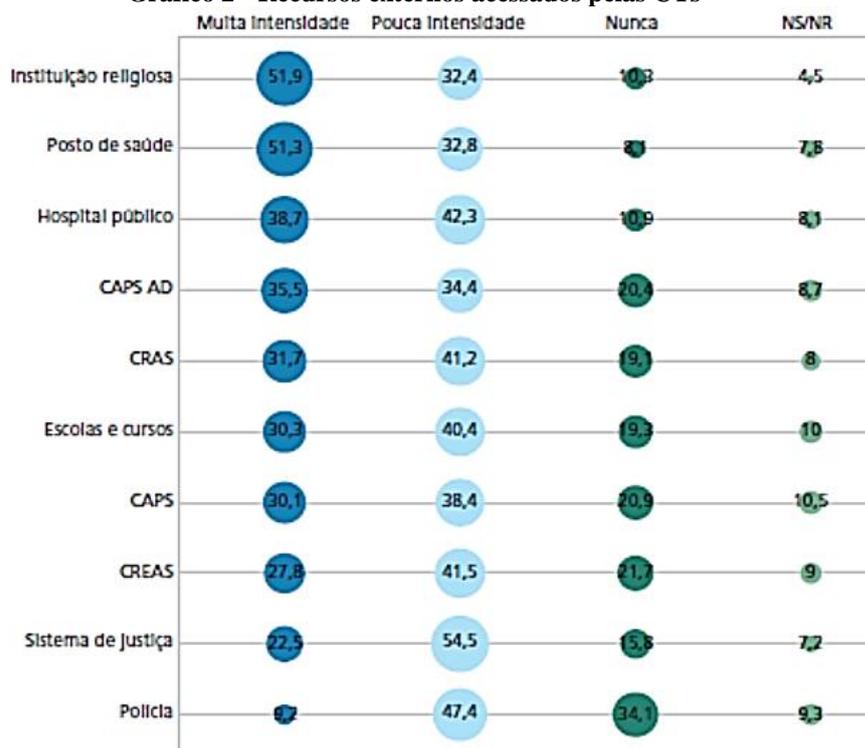
7. Padronização de procedimentos, regras e rotinas internas

A maioria das CTs tem se organizado de forma específica, visando caracterizar o modelo de trabalho dentro de diretrizes claras, que definem o que é, de fato, uma CT, no que diz respeito às suas rotinas e procedimentos.

8. Interface com a rede

As CTs têm buscado se vincular à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS como equipamento de interesse à saúde, legitimando assim seu papel dentro da rede de serviços, como mostra o **Gráfico 2**.

Cabe destacar o esforço das CTs por conseguir articulação eficaz também junto aos equipamentos de Assistência Social, o que contribui e legitima o modelo psicossocial do atendimento.

Gráfico 2 - Recursos externos acessados pelas CTs

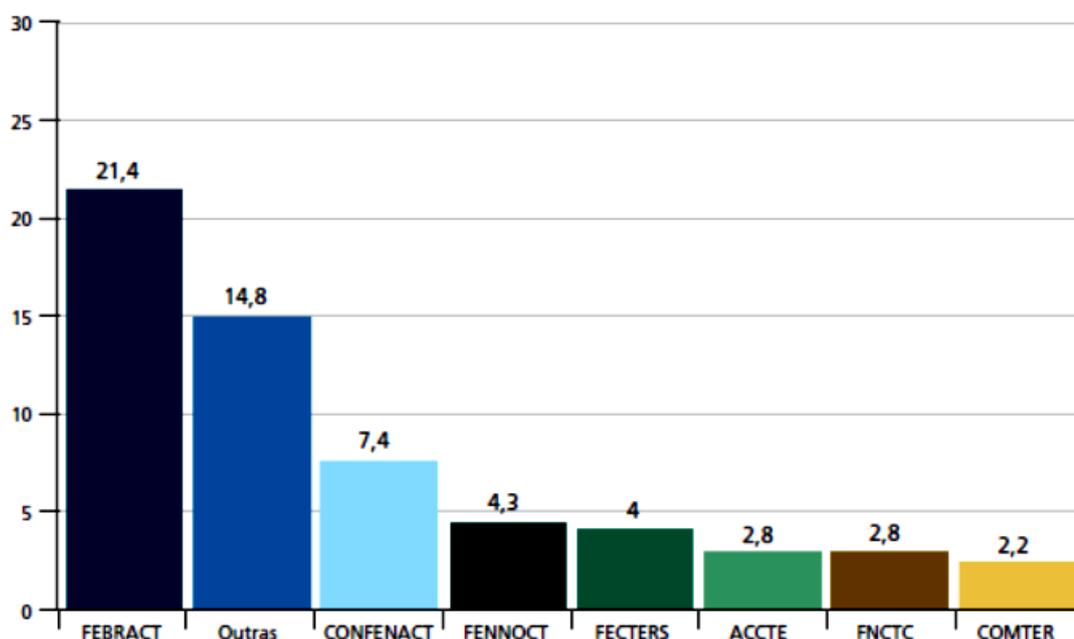
Fonte: IPEA, 2017

9. Filiação a entidades associativas

“As CTs estão organizadas, ou em processo de organização institucional, em torno dos seus interesses, o que lhes confere condições de coordenação de ações, com vistas a defesa de pautas comuns” (IPEA, 2017, p. 33).

A principal entidade associativa representativa das CTs no Brasil, segundo esta pesquisa, foi a FEBRACT, como mostra o **Gráfico 3**.

Gráfico 3 - Principais entidades associativas de CTs no Brasil



Fonte: IPEA, 2017

10. Produção de dados internos

As CTs no Brasil têm produzido maiores quantidades de dados internos, no que diz respeito tanto às atividades terapêuticas desenvolvidas, quanto também à vida financeira, permitindo assim a prestação de contas e a consequente justificativa pública do trabalho realizado.

Considerando estes dados, fica evidenciado que o perfil das CTs no Brasil é diametralmente oposto ao divulgado recorrentemente pela mídia sensacionalista, assim como pelo combatido pelas diferentes organizações de classe que defendem, assim como a FEBRACT, o modelo antimanicomial de tratamento para a dependência química.

Por isto se faz imprescindível que cada vez mais as CTs no Brasil sejam reconhecidas como um relevante equipamento dentro do âmbito da rede de atenção à dependência química, que oferece acolhimento voluntário para quem o deseje e preencha os critérios de elegibilidade, a fim de que políticas públicas que legitimem e regulamentem seu funcionamento possam ser estabelecidas, para que se tornem cada vez mais serviços de excelência técnica, sem por isto ficarem desprovidas da essência humanista que motivou sua fundação e funcionamento.

1.5 O abandono do tratamento na Comunidade Terapêutica

Maria Elena Goti, com seu vasto conhecimento nas vicissitudes do dia-a-dia da CT, considera que

um candidato que entra e interrompe um tratamento, sai dessa experiência com uma sensação a mais de fracasso para agregar à sua possivelmente muito longa lista de fracassos. Não é o mesmo que se não houvesse entrado na CT. Um abandono deve ser motivo de uma séria investigação como forma de autoavaliação e nem sempre isto ocorre assim, porque há uma tendência a desvalorizar o residente que interrompeu o processo, ou a colocar as causas fora da própria CT, especialmente em sua família. (GOTI, 1990, p. 118, tradução nossa).

Esta postura de seriedade e, principalmente, de não focalização do problema para fora do contexto institucional, é justamente um dos principais fatores que motiva esta pesquisa, já que existe uma tendência nas equipes de trabalho das CTs a acreditar que toda desistência ocorre por causa da vontade de usar droga ou álcool, seja esta uma vontade explícita ou oculta, como afirma Goti (1990), ou ainda se atribui o abandono a fatores morais, como “falta de caráter” ou “mau caráter”, conceitos equivocados, porém, ainda recorrentes no cotidiano de muitas CTs.

Esta tendência sugere uma forma subliminar de isentar-se da responsabilidade pelo insucesso da abordagem terapêutica com um determinado indivíduo, mas principalmente mostra a dificuldade de compreender este fenômeno.

Inegavelmente podem ocorrer desistências por causa da fissura (*craving*), mas a experiência (GOÑI, 2008; GOÑI, 2005; CORTÉS, 2001) mostra que esta fissura pode ser a motivação apenas das desistências prematuras, aquelas que acontecem até o primeiro mês de tratamento, aproximadamente. Mesmo assim isto não significa que todas as desistências que ocorrerem neste período respondam a este mesmo padrão motivacional. O acolhido pode desistir por não se identificar com o local, por não suportar os limites impostos, por não se adequar ao trabalho ou, ainda, por não possuir perfil específico para este tipo de intervenção.

Segundo a *National Treatment Agency for Substance Misuse* da Inglaterra (2002), a internação em CT é indicada principalmente nos seguintes casos:

- a) fracasso em atingir e manter um padrão estável de abstinência ambulatoriamente;
- b) desejo expresso e voluntário de chegar à abstinência a partir de programas de reabilitação;
- c) dependência grave, de difícil manejo ambulatorial e incompatível com a abstinência;

- d) necessidade de programas de apoio e reabilitação social que requerem programas residenciais;
- e) vida em ambientes desfavoráveis, como privação social, moradias instáveis e caóticas, que representam uma constante ameaça à motivação para a mudança ou para a manutenção da abstinência;
- f) envolvimento com ambientes e pessoas que representam uma ameaça constante de recaída.

Considerando que este tipo de tratamento é voluntário, o indivíduo pode abandoná-lo quando desejar, compreendendo o abandono como a interrupção do tratamento fora do prazo previamente estipulado, e sem o consentimento da equipe técnica que supervisiona o caso.

Esta é uma questão urgente e recorrente, e que pode ser observada desde os primeiros estudos na área, como a avaliação do abandono durante as consultas iniciais, num estudo sobre usuários de cocaína nos EUA, de Festinger et al. (1995). Os resultados mostraram que 83% compareceram às consultas marcadas no mesmo dia, 57% às marcadas para as 24 horas seguintes, e menos de 35% (menos da metade dos agendamentos para o mesmo dia) compareceram quando o intervalo entre o agendamento e a consulta era de sete dias.

Este antigo problema também foi relatado pelos primeiros e principais autores na área, sendo estes: Maria Helena Goti (1990), De Leon e Shwartz (1984), Maxwell Jones (1972) e Emílio Rodrigué (1965).

Atualmente o abandono do tratamento, principalmente o abandono precoce – aquele que acontece antes dos 90 dias de tratamento – é, para muitos autores (ASLAN, 2015; NIDA, 2012; SURJAN; PILLON; LARANJEIRA, 2012; SÁNCHEZ-HERVÁS et al., 2010; DE LEON, 2008; GOÑI, 2008; DOMINGUEZ-MARTÍN, 2008; FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006; RAVNDAL; VAGLUM; LAURITZEN, 2005; GOÑI, 2005; ATCA, 2002; SIMPSON; JOE; BROOME, 2002; CORTÉS, 2001), uma indiscutível e inevitável realidade no que diz respeito ao tratamento para a dependência de álcool e drogas, afirmando que normalmente apenas 20% a 40% dos dependentes químicos concluem os tratamentos iniciados.

Este problema, juntamente com o tempo de permanência no tratamento inferior a 90 dias, representaria forte fator prognóstico para a recidiva, o que significativamente se evidencia desde os primeiros estudos realizados em CTs pelo NIDA (CONDELLI, 1994; LEWIS; ROSS, 1994).

Para Ribeiro; Yamaguchi e Duailbi (2012), os principais fatores de risco para o abandono precoce seriam:

- a) sexo masculino;
- b) baixa escolaridade;
- c) idade (jovem/adulto jovem);
- d) comorbidade grave;
- e) baixa motivação;
- f) problemas legais;
- g) baixo nível de habilidades sociais;
- h) polidependência;
- i) transtorno mental na família.

Numa revisão sistemática de estudos em 61 CTs europeias, incluindo 3.271 participantes, Malivert et al. (2012) observaram que a não conclusão do tratamento variou entre 91,0% e 44,0%, dependendo da CT, e que, em média, o residente permanecia em tratamento 1/3 do tempo previsto. Embora não esteja definido qual seria o tempo de duração do tratamento nas CTs estudadas, o abandono foi definido como a não permanência no programa de tratamento pelo tempo mínimo indicado pelos profissionais responsáveis.

Segundo Vanderplasschen et al. (2013), também numa revisão sistemática de estudos em CTs, os maiores índices de abandono são observados nos programas mais longos, principalmente nas fases iniciais do tratamento. À mesma conclusão chegaram Smith, Gates e Foxcroft (2006) numa metanálise em ensaios clínicos randomizados comparando CTs com outras modalidades de tratamento.

Os dois primeiros estudos acima citados (MALIVERT, 2012; VANDERPLASSCHEN, 2013) chegaram à evidência de que a conclusão do tratamento é o principal fator preditor da manutenção da abstinência, porém ambos também afirmaram que a maior parte da evidência provém de estudos mal controlados.

Para Fracasso e Landre (2012), as internações de longa duração também teriam maiores índices de abandono, comparadas às de curta duração. Por outro lado, o índice de recidiva seria maior para aqueles que receberam tratamentos breves, com duração de até 12 semanas, segundo a *National Treatment Agency for Substance Misuse*, da Inglaterra (2002).

Segundo Kurlander (2014b) o abandono por si mesmo já se configura como um assunto relegado da observação empírica, considerando que pode haver resistência em observar e,

principalmente, avaliar o possível fracasso do trabalho. Talvez por este motivo boa parte dos autores tenha procurado relatar apenas os sucessos atingidos nas suas práticas terapêuticas, em detrimento da riquíssima experiência que pode ser extraída dos fracassos e insucessos. Isto explicaria por que a literatura disponível a este respeito – tanto nacional quanto internacional – é notoriamente escassa, resumindo-se a alguns poucos autores que tentam, exaustivamente, compreender este fenômeno tão complexo e singular.

Estatisticamente falando, Fiorini (2004) comentou que o problema do abandono nas psicoterapias em geral tem uma magnitude inquietante, chegando a atingir de 30% a 65% dos casos, com uma ampla gama de variáveis intervenientes.

Uma revisão de estudos espanhóis e norte-europeus (RAVNDAL; VAGLUM; LAURITZEN, 2005) mostrou que apenas entre 20% e 40% dos dependentes de álcool e drogas completam o tratamento.

Já Goñi (2008), no seu estudo na CT “*Proyecto Hombre*”²³, de Navarra, Espanha, afirmou que o índice de abandono oscila entre 60% a 80%²⁴ dos pacientes atendidos, considerando que os pacientes jovens, do sexo masculino, têm maior probabilidade de abandonar o tratamento. Também constatou que este abandono tem maior probabilidade de acontecer nos três primeiros meses do tratamento, e que 32,8% dos desistentes voltaram a procurar o programa de tratamento e reingressaram na CT.

Dominguez-Martín et al. (2008), em seu estudo em um *Centro público de Atención a Drogodependencias* (CAD 4) em Madrid, Espanha, dispositivo semelhante aos Centros de Atención Psicossocial especializados em álcool e drogas (CAPS ad) do Brasil, observaram que mais de 41% dos pacientes abandonaram o tratamento antes de completar o terceiro mês.

Cortés (2001), num estudo espanhol realizado com dependentes de álcool, também apontou que a maior parte dos abandonos ocorreu até o terceiro mês de tratamento, assim como Sánchez-Hervás et al. (2010), em sua amostra de dependentes de cocaína.

Em relação às motivações destes abandonos, Dominguez-Martín et al. (2008) relataram que quase um terço da sua amostra abandonou o tratamento por ter alcançado, ao seu próprio ver, resultados positivos suficientes, sendo que estes resultados não foram ratificados pelos profissionais da sua equipe. Isto foi denominado por eles como “melhora auto decidida”, sendo que isto aconteceria com uma incidência de mais de 40% entre o segundo e terceiro mês de tratamento.

²³ Esta CT teria sido, segundo Goti (1990), o primeiro modelo de CT a chegar à Europa, tendo sido iniciada primeiramente na Itália, com o nome de *Proyecto Uomo*.

²⁴ Número idêntico ao apresentado no estudo de Ravndal, Vaglum e Lauritzen (2005).

Goñi (2008), na pesquisa acima citada, chegou a resultados semelhantes. Segundo ele, quase 50% dos residentes que abandonaram o tratamento relatou considerar que já tinha atingido os seus objetivos terapêuticos, e que o álcool e a droga já não seriam um problema em sua vida²⁵.

Surjan, Pillon e Laranjeira (2012) indicaram que as principais razões apontadas para a não-adesão ao tratamento foram motivos práticos, *excesso de otimismo em si mesmo* e atitude negativa em relação ao tratamento.

Fiorini (2004) discorreu sobre a importância de considerar aquilo que ele chamou de “efeito placebo do contato inicial”, destacando como este fenômeno contribui com o comportamento de abandono do tratamento, e propôs uma “ação docente” a fim de que o paciente tome conhecimento antecipado da possibilidade deste desdobramento do foco inicial, que é a recuperação integral.

Em um estudo qualitativo realizado em nove CTs de Portugal (MACHADO; VELOSO, 2011) chegou-se à conclusão de que o desenvolvimento da confiança em dois níveis (na relação dos residentes com os técnicos e com as instituições) seria um fator que colaboraria com a adesão ao tratamento.

Por outro lado, segundo vários autores (RIBEIRO, 2012b; ALVES; KESSLER; RATTO, 2004; TERRA, 2005; TERRA; FIGUEIRA; ATHAYDE, 2003) a ansiedade e a depressão são as duas principais comorbidades encontradas no DQ, podendo afetar a adesão ao tratamento e aumentar a probabilidade de abandono e recidiva (ALMEIDA; MONTEIRO, 2011). Por este motivo se faz necessária uma avaliação inicial e sequencial destas comorbidades durante o tratamento em qualquer regime, no intuito de identificar o mais precocemente possível estas características que podem estar associadas.

De acordo com De Leon et al. (1994), as questões referentes à dinâmica ou às próprias percepções do indivíduo são mais relevantes para a permanência ou não na CT do que as variáveis fixas, como as sociodemográficas ou as ambientais, porém poucos estudos se baseiam nesta observação.

Embora De Leon tenha escrito isto em 1994, até o presente momento grande parte dos estudos continuaram focando prevalentemente as variáveis fixas acima descritas, por isso se faz necessário considerar o apontamento deste renomado autor e debruçar-se sobre as variáveis subjetivas, inerentes à vivência de cada sujeito, que são exatamente as que este estudo aborda.

²⁵ Este seria o segundo maior motivo de abandono relatado pelos pacientes entrevistados. O primeiro seria a inadequação com o programa e, principalmente, com as regras e limites impostos pelo mesmo.

Segundo este autor, a motivação, prontidão e as percepções sobre o tratamento são fatores fundamentais para compreender por que os dependentes químicos buscam, permanecem e se beneficiam de tratamentos como os das CTs. Os estudos documentam consistentemente a correlação entre a permanência e a recuperação. Geralmente a maior permanência se associa a melhores desfechos pós tratamento.

1.6 A eficácia das Comunidades Terapêuticas

Embora não exista grande quantidade de estudos que provem a eficácia do programa da CT, sendo este um dos motivos da importância deste trabalho, algumas evidências podem ser destacadas no cenário internacional.

A principal evidência, embora discreta, se encontra numa metanálise publicada na Biblioteca Cochrane (SMITH; GATES; FOXCROFT, 2006), que incluiu sete estudos de comparação de resultados entre CTs e nenhum tratamento, CTs e ambulatoriais, CTs tradicionais e modificadas (programas mais curtos), e CTs prisionais e nenhum tratamento.

Neste estudo aparecem algumas evidências significativas:

- as CTs modificadas tiveram melhor resultado em relação a estar empregado pós tratamento, tendo 32,0% maior chance;
- as CTs tiveram muito melhor desfecho que as residências terapêuticas em relação à abstinência 12 meses pós tratamento, tendo 86,0% maior chance;
- as CTs prisionais tiveram bom resultado em relação à reincidência após 12 meses, tendo 32,0% menos chance do que nenhum tratamento
- as CTs prisionais também apresentaram melhores resultados que outros programas de tratamento de saúde mental, tendo 72,0% menos chance de reincidência após 12 meses, 31,0% menos chance de atividade criminal após 12 meses, e 38,0% menos chance de cometer delitos relacionados a álcool ou outras drogas após 12 meses.

Magor-Blatch et al. (2014), numa revisão sistemática de 11 estudos de eficácia de CTs (caso controle: CT x não tratamento), encontraram evidências de melhores resultados para o tratamento em CT em 4 áreas pós tratamento: abstinência, crimes, saúde mental e inserção social.

Goñi (2005), na avaliação de eficácia do Proyecto Hombre de Espanha (Tese de Doutorado), apresenta resultados de vários estudos que apontam para menores taxas de recidiva para quem concluiu o tratamento (usuários de heroína, haxixe e álcool principalmente), melhores indicadores de qualidade de vida (trabalho, lazer, saúde) e menores taxas de crimes e prisão. Cabe destacar que alguns destes estudos realizaram seguimento por quase 4 anos pós tratamento.

Num discreto estudo brasileiro com apenas 7 sujeitos (SCADUTO; BARBIERI; DOS SANTOS, 2014), foram aplicados o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (*Improved Readability Form* – MMPI-IRF) e o Teste de Apercepção Temática (TAT) no início e no final do processo terapêutico na CT, podendo concluir que o tratamento na CT teria promovido melhoras no funcionamento psicológico dos sujeitos, no que diz respeito a três domínios: habilidades cognitivas, habilidades emocionais e bem-estar psicológico.

Todos os estudos de eficácia de CT apresentam limitações e vieses que precisar ser superados por estudos mais apurados, com amostras maiores, com seguimentos mais longos e, principalmente, com método mais criterioso.

Por outro lado é importante destacar que os estudos apresentados não representam toda a variedade de formatos que as CTs adquiriram no Brasil, já que, como dito, muitos dos locais que se autodenominam CTs no Brasil não atendem os critérios legais e metodológicos mínimos para poder ser considerados CTs de fato.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a eficácia do processo terapêutico na CT após 12 meses, e identificar os fatores que podem estar associados ao abandono e abandono precoce do tratamento, assim como à manutenção da qualidade de vida pós saída.

2.2 Objetivos Específicos

- a) *Descrever* as características sociodemográficas da população estudada.
- b) *Identificar* a gravidade e as características da dependência da população estudada.
- c) *Estimar* a taxa de indicadores ao longo do tratamento, sendo estes: ansiedade, depressão, apoio social, fissura, comportamentos percepções e crenças sobre si mesmo e o tratamento.
- d) *Identificar* a associação das variáveis estudadas com abandono e o abandono precoce.
- e) *Identificar* a associação das variáveis estudadas com o desfecho pós saída.
- f) *Comparar* os resultados segundo o gênero dos participantes da pesquisa.

3. HIPÓTESES

Hipótese principal: melhor desfecho pós tratamento para alta terapêutica e abstinência.

Hipóteses complementares: maior frequência de abandono, abandono precoce e desfecho negativo pós tratamento estariam associadas a:

- a) sexo feminino;
- b) adultos jovens;
- c) dependentes de crack;
- d) baixa escolaridade;
- e) histórico de comorbidades;
- f) internações anteriores;
- g) maior taxa de ansiedade no início do tratamento;
- h) avaliação muito positiva em relação aos resultados obtidos com o andamento do tratamento.

Como **desfecho positivo** ou **desfecho bom** neste estudo se compreende a maior presença de indicadores de qualidade de vida pós tratamento, sendo estes os presentes no QAEX (Questionário de Avaliação Externa), questões 1 a 6.

O **desfecho negativo** neste estudo seria o contrário, ou seja, a baixa presença de indicadores de qualidade de vida pós tratamento, identificadas pelo mesmo questionário.

4. METODO

4.1 Descrição do desenho do estudo

Foi realizado um estudo longitudinal em homens e mulheres dependentes químicos, em tratamento em CT, tendo como desfecho inicial o tempo de permanência no tratamento (variável contínua) e a finalização ou abandono do mesmo (variável categórica), sendo o abandono subdividido em outras duas variáveis categóricas (precoce, não precoce).

Foi analisada a associação destes desfechos com as características sociodemográficas, de gênero e de saúde avaliadas pelos instrumentos utilizados.

O segundo desfecho desta pesquisa foi o estado após a saída da CT, com seguimento trimestral durante um ano, avaliando diversos fatores que contribuem com a melhor qualidade de vida, assim como o tipo de consumo (abstinência, pouco frequente, muito frequente).

4.2 Amostra

A amostra deste estudo foi selecionada por conveniência, sendo composta por todos os indivíduos que ingressaram nas duas unidades da CT – masculina e feminina – no período de 1º de setembro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, tendo saído da CT até esta última data, seja por conclusão ou por abandono.

Utilizou-se o termo “dependente químico” considerando o fato de que foram aplicados instrumentos de avaliação da gravidade da dependência, como o SADD, SDS, CCQ-B e as seções da avaliação inicial extraídas do ASI.

Foram excluídos da população os casos de alta administrativa, tendo sido esta ocasionada por:

- indisciplina (agressões, uso de álcool/drogas dentro da CT, práticas sexuais dentro da CT, recusa constante do atendimento à disciplina);
- encaminhamentos para tratamentos de saúde física e saúde mental fora da CT.

A população final ficou composta por 202 sujeitos, sendo 159 homens e 43 mulheres. Foram excluídos 31 sujeitos, sendo 29 homens e 2 mulheres. Dos 29 homens excluídos da

população, 8 (27,5%) foram por encaminhamento para tratamento de saúde externo à CT, e 21 (72,5%) por indisciplina²⁶. Das duas mulheres excluídas da população, uma foi por encaminhamento para tratamento de saúde mental externo, e outra por indisciplina (agressão).

Todos os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa ao ingressar na CT e os que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Não houve nenhuma recusa à participação na pesquisa. Alguns dos dados a serem utilizados nesta pesquisa foram extraídos do banco de dados da CTNJ (Comunidade Terapêutica Nova Jornada), mediante autorização da mesma (Anexo B).

4.3 Cenário

Antes de caracterizar mais detalhadamente as duas CTs nas quais foi realizado o presente estudo, as suas principais características são as seguintes:

- CT no interior do Estado de São Paulo;
- Matriz: Unidade Masculina - rural;
- Filial: Unidade Feminina - urbana;
- Filiada à FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas);
- Cadastrada no COMAD (Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas);
- Utilidade Pública Municipal;
- Entidade filantrópica (CEBAS-Saúde);
- Atendimento totalmente gratuito (vagas com financiamento público)
 - SENAD – Governo Federal;
 - Programa Recomeço: uma vida sem drogas – Governo Estadual;
- Possui critérios definidos de ingresso, reingresso e permanência;
- Acolhimento de caráter exclusivamente voluntário;
- Duração variável do acolhimento, de acordo com o Plano de Atendimento Singular (PAS);
- Ecumênica (atividades religiosas diversas e não obrigatórias);

²⁶ Destes 21 casos de desligamento por indisciplina, 3 (14,3%) foram por agressão física, 8 (38,1%) por uso de álcool/drogas dentro da CT, 1 (4,8%) por prática sexual dentro da CT e 9 (42,8%) por recusa constante do atendimento à disciplina.

- Equipe mista (equipe composta por profissionais e por conselheiros, sendo estes dependentes químicos em recuperação, treinados e capacitados para esta função);
- Diferencial da CT:
 - programa de estágio curricular e extracurricular (remunerado e voluntário) em Psicologia;
 - programa de pesquisa continuada;
 - material de estudo produzido na própria CT.

É importante ressaltar que a CTNJ, cenário deste estudo, possui características específicas do método de CT, o que a diferencia de inúmeros locais no Brasil que se autodenominam CTs de forma indiscriminada, como já foi dito anteriormente.

A CTNJ possui um Projeto Terapêutico estruturado, equipe técnica permanente, é uma CT ecumênica, na qual nenhuma atividade religiosa é obrigatória, os acolhidos participam conjuntamente da construção do seu PAS – Plano de atendimento singular, durante o acolhimento há uma grande variedade de atividades externas, existe articulação com a rede local e, além disso, conta com o Programa de estágio de Psicologia, o que enriquece ainda mais a qualidade das atividades desenvolvidas.

4.3.1 Caracterização e critérios de admissão

Foram estudadas duas unidades – uma masculina e uma feminina – de uma CT, a CTNJ, que, entre outras ações, atende dependentes químicos, com idades entre 18 e 65 anos.

Todos os candidatos deviam apresentar evidências de sanidade mental suficiente para aderir ao programa da CT e conviver em grupo, para poderem ser admitidos. Caso houvesse algum problema de comorbidade com transtorno mental, não sendo de gravidade que impedisse a adesão, o acolhido devia realizar tratamento psiquiátrico conjunto no CAPS local (CAPS II). Não foram admitidos indivíduos com transtornos mentais graves e não controlados por tratamento medicamentoso, podendo ser admitidos indivíduos com transtornos de humor e ansiedade, desde que controlados (transtorno bipolar estabilizado, depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, distímia).

Os candidatos passaram por uma triagem de avaliação, consistente em, pelo menos, uma entrevista preliminar, na qual foram avaliados pela equipe técnica, visando os critérios mínimos de admissão, sendo estes:

- ter idade entre 18 e 65 anos;
- ser dependente químico (álcool e/ou outras drogas);
- solicitar voluntariamente o acolhimento;
- realizar avaliação médica prévia ao acolhimento;
- não possuir transtornos psicóticos;
- não possuir deficiências físicas ou mentais que impeçam a autonomia;
- não ser portador de doenças que comprometam a convivência no mesmo ambiente (ex.: tuberculose, hanseníase, etc.);
- em caso de gestante (unidade feminina), não ter ultrapassado a 14^a semana de gestação, e ter agendamento para a próxima consulta de pré-natal.

A avaliação médica prévia ao acolhimento é realizada por um Clínico Geral de qualquer UBS do município, de acordo com a parceria estabelecida entre a CTNJ e a Secretaria Municipal de Saúde. O Clínico avalia as condições físicas do paciente para ingressar num modelo residencial de tratamento, a possibilidade de ocorrência de síndrome de abstinência com sintomas graves, a necessidade de outros tratamentos de saúde anteriores ao tratamento da dependência química, a necessidade de realização de exames, a prescrição de medicamentos, o início de tratamento clínico conjunto durante o tratamento na CT, o início do pré-natal em caso de gestantes, o encaminhamento para o CAPS, etc.

Desta forma se garante maior segurança para o sujeito que inicia o processo dentro da CT, que já desde o começo é avaliado e atendido em sua integralidade.

No momento do acolhimento o candidato pode levar seus pertences, exceto itens proibidos dentro da CT, como álcool/drogas, armas e material pornográfico.

No ato da admissão o acolhido e o familiar ou responsável deve assinar o Termo de Adesão (Anexo C), o Termo de Compromisso (Anexo D) juntamente com os seus familiares, que recebem o Manual de orientação inicial, contendo o resumo do Projeto Terapêutico, as normas básicas de permanência. Estes também assinam, se assim desejarem, o Termo de Autorização de uso de imagens (Anexo E), já que a CTNJ disponibiliza em seu site (www.novajornada.org.br), assim como na sua página de rede social (www.facebook.com/novajornada), fotos de eventos e atividades várias da rotina.

Mais detalhes sobre as características do programa terapêutico da CTNJ podem ser vistos no Anexo F.

4.3.2 Critérios de permanência

Assim como existem critérios para avaliar o ingresso do candidato, também existem critérios para que este, uma vez acolhido, possa continuar dentro da CT como membro do grupo.

Desta forma a CT como organismo cria os critérios do que considera aceitável ou inaceitável no cotidiano, podendo ser definidos assim os critérios de Alta Administrativa.

A Alta Administrativa pode se dar por quatro motivos principais: encaminhamento para outros serviços (saúde, saúde mental, etc.), indisciplina (violência, práticas sexuais, uso de álcool/drogas dentro da CT; recusa ao atendimento à disciplina), óbito e determinação judicial.

Dois critérios universais nas CTs são a não violência e o não uso de drogas dentro da CT, o que é consensual mundialmente. As práticas sexuais são consideradas inaceitáveis em muitas CTs do Brasil, porém no caso da CT deste estudo, estas práticas são avaliadas individualmente, não sendo necessariamente um motivo de desligamento da CT.

Muitos dos critérios de permanência na CT devem ser discutidos dentro da Assembleia Comunitária, atividade em que a equipe, juntamente com o grupo de acolhidos, avalia a CT como um todo, desde o próprio grupo, a equipe, as atividades internas e externas, os regulamentos, e tudo o que diz respeito à vida na CT.

O grupo pode dar sugestões e opiniões sobre o andamento da CT, a fim de propiciar mudanças que melhorem a convivência e a eficiência do tratamento, assim como também definir as regras básicas e critérios de permanência, motivo pelo qual a forma de organização das CTs é muito variável. Esta atividade responde ao modelo original das CTs no mundo.

Sobre a indisciplina é importante explicar o que significa cada um dos motivos citados, assim como ressaltar que são medidas adotadas em consonância com o grupo de acolhidos, que através das Assembleias Comunitárias participam ativamente da elaboração destes critérios e das decisões da CT como um todo.

Agressão física é autoexplicativa, e a não violência é um dos critérios universais das CTs, constante no Código de Ética da FEBRACT, já mencionado anteriormente.

O não uso de álcool/drogas dentro da CT também é um critério universal das CTs, porém neste caso é importante ressaltar que o que não se admite é o local do consumo, e não o consumo em si mesmo. Situações de consumo são recorrentes nos dependentes químicos, e isto deve ser compreendido como um episódio a ser avaliado e atendido. Porém quando o indivíduo ingressa na CT com álcool/drogas e faz uso, acaba expondo todo o grupo a uma situação de risco iminente, principalmente considerando que o indivíduo que escolhe ingressar numa CT está

optando voluntariamente por um ambiente livre de álcool/drogas, o que precisa ser garantido pela equipe. No caso da CT deste estudo, quando um acolhido fez uso dentro da CT, mas sem ter sido ele quem ingressou com álcool/drogas, não recebeu alta administrativa, já que considerou-se que não foi garantido a ele um ambiente livre de álcool/drogas. Nestes casos o episódio de consumo foi avaliado e atendido dentro do seu programa individual.

Práticas sexuais são inevitáveis dentro de um programa residencial de longa duração, porém, mesmo que toleradas ou compreendidas, quando recorrentes podem provocar reações aversivas no grupo, que tem a prerrogativa de se manifestar na Assembleia Comunitária em relação a situações que não considera mais toleráveis. Este foi o caso do único acolhido desta amostra que foi desligado por este motivo.

A recusa constante de atendimento à disciplina supõe comportamentos disruptivos recorrentes que prejudicam a vida da CT como um todo, de acordo com a avaliação do grupo em Assembleia Comunitária, e sobre os quais tanto a equipe quanto o grupo já realizou diversas intervenções com o indivíduo que apresenta estes comportamentos.

Nestes casos é o próprio grupo, que num movimento natural de apoptose social, pode decidir quais membros não são mais aceitos. É importante considerar que este movimento social replica a vida fora da CT, motivo pelo qual se configura como uma ação educativa, talvez não para o indivíduo em questão, mas sim para o grupo como um todo maior.

No caso da CT desta pesquisa, a ideia não é instaurar um mecanismo de controle aversivo, mas sim permitir que o grupo flua naturalmente como organismo vivo, capaz de autorregular-se num processo necessário para o desenvolvimento grupal e individual.

4.4 Instrumentos

Considerando a grande quantidade de instrumentos utilizados neste estudo, antes de apresentar cada um deles de forma detalhada apresenta-se abaixo um Quadro de linha do tempo que facilita a compreensão do momento em que cada instrumento foi aplicado.

Quadro 4 - Linha do tempo da aplicação dos instrumentos de avaliação

Ingresso	Mensal	Saída (abandono)	Pós saída
Questionário de dados gerais, sociodemográficos e de saúde	CCQ-B	QARA	QAEX
SADD	Beck Depressão		
SDS Maconha	IDATE		
SDS Cocaína	Escala de Apoio Social*		
CCQ-B	ACSP		
Beck Depressão			
IDATE			
Escala de Apoio Social			

* Este instrumento foi aplicado no momento do ingresso, antes de iniciar as saídas de reinserção social e antes da alta terapêutica.

4.4.1 Questionário de dados gerais, sociodemográficos e de saúde (Anexo G)

Trata-se de um questionário de avaliação inicial que é aplicado no momento do ingresso na CTNJ, juntamente com a triagem inicial, realizada pela Assistente Social, e consiste em três blocos:

- **Bloco A:** Dados sociodemográficos
- **Bloco B:** Dados referentes à dependência química
- **Bloco C:** Dados referentes à Saúde

No Bloco A são coletados os dados gerais e sociodemográficos do acolhido, constando: situação conjugal, escolaridade, cor da pele referida, religião/espiritualidade, ocupação, situação na ocupação e classificação social a partir da renda e escolaridade do chefe da família (Critério Brasil, ABEP, 2016), na versão da atualização para 2016, que classifica a população em 7 estratos sociais (A, B1, B2, C1, C2, D, E) sendo o Estrato A equivalente a “Alta classe alta” e o Estrato E equivalente a “Pobre e extremamente pobre”.

A variável “Categoria profissional” foi extraída da Escala de Gravidade da Dependência (*Addiction Severity Index – ASI*) (Brasil, 2006), consistente em 14 categorias diferentes.

No Bloco B são coletados dados referentes à dependência química, tais como: tipos de drogas utilizadas e principal droga de consumo, tratamentos anteriores, detenções com prisão, processos judiciais em andamento e presença de outros usuários de álcool/drogas na família.

No Bloco C são coletados dados referentes à saúde geral e mental do residente, como uso prescrito de medicação geral e psicoativa, assim como a presença de doenças físicas e mentais.

As questões dos Blocos B e C foram adaptadas da Escala de Gravidade da Dependência (*Addiction Severity Index – ASI*) (Brasil, 2006).

4.4.2 Inventário de Beck para Depressão (*Beck Depression Inventory - BDI*) – (Anexo H)

O BDI (BECK, 1961) foi desenvolvido para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos. As questões foram extraídas de observações clínicas com pacientes deprimidos, em atendimento psicoterápico. Após as observações foram selecionados os sintomas que se apresentaram como específicos da depressão, principalmente os que se enquadravam com os critérios diagnósticos do então DSM III, assim como com a literatura da época sobre a depressão.

Durante a sua validação, o BDI mostrou-se um instrumento com alta confiabilidade (α de Cronbach = 0,86) e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais.

Segundo a análise não-paramétrica de Kruskal-Wallis, cada uma das 21 categorias teve relação significativa com a pontuação total ($p < 0,001$). O BDI também apresentou estabilidade diagnóstica, considerando que as mudanças de sintomas ocorridas em um intervalo de quatro semanas no teste-reteste foram também observadas na entrevista clínica.

Quanto à confiabilidade entre entrevistadores, houve concordância em 97% dos diagnósticos realizados. Segundo o Teste de Mann-Whitney, o poder de discriminação entre graus de depressão (ausência de depressão, depressão leve, moderada e grave) foi significativa ($p < 0,0004$) e o coeficiente de correlação de Pearson entre os escores na BDI e as entrevistas clínicas foi de 0,65 (BECK, 1961).

O BDI foi traduzido para o português (BECK, 1982) e validado por Gorenstein e Andrade (1996, 1998), que o compararam com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*Stait-*

Trait Anxiety Inventory – IDATE) e com a escala de Hamilton, em amostras de 270 estudantes universitários, 117 pacientes ambulatoriais com síndrome do pânico e 30 pacientes psiquiátricos (ambulatoriais) com depressão.

Segundo a avaliação por α de Cronbach, a consistência interna da versão para o português foi de 0,81 na amostra de estudantes e de 0,88 na amostra de pacientes deprimidos, sendo estes índices semelhantes aos observados em outros países (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

O BDI é um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão. São elas: humor, pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, autoacusação, desejo de autopunição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido.

Cada item comporta quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao respondente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas. O escore final é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala, resultando na seguinte normatização: (a) nenhuma depressão ou depressão mínima: escores finais menores que 11 pontos; (b) depressão leve – moderada: escores finais entre 12 a 19 pontos; (c) depressão moderada a grave: escores finais entre 20 a 35 pontos; e (d) depressão grave: escores finais entre 36 a 63 pontos.

Cabe ressaltar que esta escala não define um diagnóstico de depressão, mas aponta para sinais e sintomas que podem servir de indicadores para a realização posterior de um diagnóstico de fato.

Esta avaliação foi realizada no ato do ingresso, pelo responsável pelo acolhimento, e subsequentemente de forma mensal, pelos estagiários de Psicologia responsáveis pelo residente, devidamente treinados pelo Supervisor do Estágio, o autor desta pesquisa. Em caso de abandono do tratamento em data próxima à seguinte aplicação, foi solicitado ao acolhido que realize esta avaliação antes de sair da CT.

Para a análise foram consideradas as aplicações durante o período, assim como comparadas a primeira e a última aplicação.

4.4.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*Stait-Trait Anxiety Inventory - IDATE*) – (Anexos I e J)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade (FIORAVANTI, 2006; MCDOWELL, 2006). Desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene em 1970 (APA, 2015) e traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio e Natalício, em 1979 (FIORAVANTI, 2006), o IDATE é composto de duas escalas distintas de auto avaliação, relativamente breves, para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977).

Segundo estes autores, o estado de ansiedade (A-estado) se refere a “um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo” (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977, p. 31). Seria por este motivo que os escores em A-estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo.

Já o traço de ansiedade (A-traço) “refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferença na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade” (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977, p. 32).

Cada uma destas escalas está composta por 20 afirmações que avaliam a intensidade (IDATE-Estado) ou a frequência (IDATE-Traço) em que ocorrem, através de uma escala de 4 pontos (1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade.

Para diminuir a margem de erro, ou a tendenciosidade nas respostas, alguns itens são pontuados de maneira inversa, ou seja, as respostas marcadas com 1, 2, 3 ou 4 recebem o valor de 4, 3, 2 ou 1 respectivamente.

Na escala IDATE-Estado são 10 os itens avaliados desta maneira (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20) enquanto que na escala IDATE-Traço são 7 (1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19).

Esta avaliação foi realizada juntamente com o Inventário de Beck para depressão, na mesma quantidade e frequência.

Cabe ressaltar que, assim como o BDI, esta escala não define um diagnóstico de ansiedade, mas aponta para sinais e sintomas que podem servir de indicadores para a realização posterior de um diagnóstico de fato.

Para a análise foram consideradas as aplicações durante o período, assim como comparadas a primeira e a última aplicação. Considerando que cada aplicação avalia o Traço e o Estado, para facilitar a leitura dos resultados foi extraída a média entre estes dois escores para cada momento, considerando que quanto maior o escore maior a incidência de ansiedade.

4.4.4 SADD (*Short Alcohol Dependence Data*) – (Anexo K)

O SADD (*Short alcohol dependence data*) é um questionário preenchido pelo próprio sujeito, sendo composto de 15 questões baseadas na síndrome de dependência do álcool, permitindo classificar a gravidade da dependência, de acordo com o escore final, em leve (0-9 pontos); moderada (10-19 pontos); ou grave (>20 pontos) (RAISTRICK; DAVIDSON, 1983).

Este questionário foi validado para uso no Brasil por Jorge e Masur (1985). A maioria dos instrumentos de avaliação de dependência de drogas limita-se s informações sobre o padrão de consumo e sintomas físicos/psicológicos da dependência de SPA. Portanto, podem ser considerados incompletos por não avaliarem outras esferas, tais como atividades sociais/profissionais, familiares e problemas legais. Estas áreas, embora não façam parte do “corpo central” da dependência, são importantes para a avaliação da gravidade e do prognóstico.

Assim como os instrumentos anteriores, este questionário foi aplicado no ato do ingresso, pelo responsável pelo Acolhimento, devidamente treinado pelo Supervisor do Estágio, o autor desta pesquisa, aos residentes que relataram ser o álcool uma das suas SPAs de consumo.

4.4.5 Escala SDS (*Severity Dependence Scale*) – *Maconha e Cocaína* (Anexo L)

Esta escala foi desenvolvida pelo *National Cannabis Prevention and Information Centre* (NCPIC) e utilizada em diversos estudos nacionais e internacionais (LARANJEIRA, 2014; CUENCA-ROYO et al., 2012; MARTIN, 2006; KAYE; DARKE, 2002; FERRI et al., 2000).

A validação de sua capacidade de rastrear dependência foi estabelecida por Kaye e Darke (2002) e seu uso foi estabelecido para o uso em usuários de cocaína na população brasileira por Ferri et al. (2000).

Consiste em um breve questionário autoaplicável de 5 questões com pontuação de 0 a 3, concluindo com um escore de 0 a 15 pontos, indicando a gravidade da dependência, podendo ser utilizado tanto para maconha quanto para cocaína.

Este questionário também foi aplicado na primeira semana de tratamento pelos estagiários de Psicologia responsáveis pelo residente, devidamente treinados pelo Supervisor do Estágio, o autor desta pesquisa, aos residentes que relataram o uso de cocaína (crack) e maconha, mesmo que estas não tenham sido referidas como a principal droga de consumo.

Como esta escala não possui escore, foi realizada a divisão em tercios, considerando que a pontuação varia entre 0 e 15, foi subdividida em: até 5, de 6 a 10 e de 11 a 15, considerando que quanto maior a pontuação maior o grau de dependência.

4.4.6 Escala de apoio social (*Social supported scale*) (Anexo M)

Apoio social (*social support*) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade, e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo).

Este instrumento (EAS) foi validado no Brasil em 2005 (GRIEP et al, 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 todas as perguntas, cinco opções de resposta são apresentadas: 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, foram atribuídos pontos a cada opção de resposta, que variaram entre 1 (nunca) e 5 (sempre). Os escores foram obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada um dos tipos e divididos pelo escore máximo possível no mesmo tipo. A fim de padronizar os resultados de todas as dimensões, por estar constituídas por diferentes números de perguntas, o resultado

da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) deve ser multiplicado por 100 (%).

Em relação à dependência química se faz presente em toda a literatura específica a relação íntima entre o nível de desenvolvimento social saudável (habilidades sociais, interação social, etc.) como fator de proteção tanto para o uso abusivo quanto para a dependência de SPAs em geral, assim como a ruptura dos mesmos se configura como importante fator de risco para recidiva.

Este instrumento foi aplicado no momento do ingresso, antes de iniciar as saídas de reinserção social e antes da alta terapêutica, com o objetivo de avaliar se houve aumento na percepção de sentir-se protegido ou cuidado, considerando isto como um fator importante para iniciar o processo de reinserção social, assim como também para a alta terapêutica.

Na análise foram avaliados os escores das três aplicações, assim como foi comparado o escore Geral da primeira e da última aplicação. Considerando que o escore pode variar entre 0% e 100%, os resultados foram divididos em 4 grupos: até 50%, de 50,1% a 70%, de 70,1% a 90% e mais que 90%. Nos casos em que houve apenas a aplicação inicial, esta foi considerada.

4.4.7 *Questionário de avaliação da fissura de cocaína (Cocaine Craving Questionnaire Brief – CCQ-B), versão brasileira adaptada para o crack (Anexo N)*

Este instrumento foi adaptado e validado para o crack no Brasil em 2011 (ARAÚJO et al, 2011), especificamente para avaliar um dos critérios específicos relacionados ao nível de gravidade da dependência.

O *craving* ou fissura é uma variável muito importante na compreensão da dependência química, sendo um dos critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a ser avaliado no diagnóstico de dependência de SPAs, sendo descrito no critério A como um desejo forte ou senso de compulsão por consumir a substância.

Um motivo fundamental para utilizar este instrumento é que o *craving* tanto influencia a evolução e a gravidade da síndrome de abstinência, como também pode determinar o abandono do processo terapêutico e, conseqüentemente, a recaída.

Consiste em um questionário composto por 10 questões com avaliação do tipo Likert, de 1 a 7, no qual o indivíduo deve indicar o quanto concorda ou discorda com cada uma das afirmações, marcando apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e

CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for a marca de um dos lados, mais concordará ou discordará da afirmação.

A escala pode ser avaliada a partir de seu **escore total** (com as questões 4 e 7 invertidas, devendo ser somadas às demais), a partir dos pontos do **fator 1** (soma de todas as questões, exceto a 4 e a 7) e do **fator 2** (soma das questões 4 e 7 invertidas). O fator 1 representa o constructo do *craving*, e o fator 2, a falta de controle do uso do crack.

- **Escore Geral:** mínimo (0 a 11), leve (12 a 16), moderado (17 a 22) e grave (23 ou mais)
- **Fator 1:** mínimo (0 a 7), leve (8 a 9), moderado (10 a 11) e grave (12 ou mais).
- **Fator 2:** mínimo (0 a 2), leve (3 a 4), moderado (5 a 6) e grave (7 ou mais).

Considerando que as aplicações foram mensais, foram avaliados os escores ao longo do processo, assim como comparadas a primeira e a última aplicação para cada sujeito, avaliando os escores referentes ao instrumento nesses dois momentos. Nos casos em que houve apenas a aplicação inicial, esta foi considerada.

4.4.8 Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA) – (Anexo O)

Também foi aplicado um questionário de avaliação das razões para o abandono nos acolhidos que abandonaram o tratamento, preferencialmente no ato do abandono, a fim de evitar alterações da resposta por causa do distanciamento cronológico da situação de abandono.

Desenvolvido pelo autor desta pesquisa para uso de rotina na CTNJ, é fruto da observação de inúmeros casos de abandono em mais de 20 anos de trabalho. Durante este tempo foram observadas algumas razões muito recorrentes no discurso dos acolhidos que abandonavam o tratamento, e que conferem com as citadas pelos autores citados no início deste trabalho (SURJAM; PILLON; LARANJEIRA, 2012; SÁNCHEZ-HERVÁS, 2010; GOÑI, 2008; DOMINGUES-MARTÍN, 2008; FIORINI, 2004; CORTÉS, 2010).

Considerando estes discursos foi elaborado este questionário, tentando reproduzir em linguagem simples o que a maioria dos acolhidos verbalizava ao abandonar o tratamento. Este tem se mostrado útil na prática diária da CTNJ, ajudando a perceber mais claramente o que colabora com o abandono do tratamento, assim como na elaboração de estratégias de prevenção ao abandono.

É um questionário autoaplicável que visa detectar os principais motivos auto referidos que levam o acolhido a abandonar o tratamento e consiste em 12 afirmações com possibilidade de resposta “sim/não”, sendo que todas as afirmações devem ser respondidas.

A aplicação é acompanhada tanto pela equipe técnica quanto pela equipe interna, ambas devidamente treinadas e supervisionadas, considerando que o abandono não é uma situação programada e, portanto, a aplicação deverá ser realizada por quem estiver presente no momento.

A elaboração das afirmações parte da hipótese já citada anteriormente de que aqueles acolhidos que se consideram excessivamente otimistas em relação a si mesmos, e aqueles que adotam uma postura negativa perante o tratamento (SURJAM; PILLON; LARANJEIRA, 2012) estão mais predispostos ao abandono.

As primeiras cinco afirmações se referem a dificuldades que o acolhido pode experimentar durante a adaptação ao tratamento, e que poderiam colaborar com o abandono. Por outro lado, para os casos de excesso de otimismo, a afirmação negativa destas questões pode colaborar para a construção das crenças disfuncionais (SERRA, 2013), que aparecem nas sete afirmações seguintes. Sendo assim, a afirmação positiva destas últimas pode representar a estrutura destas crenças disfuncionais que, por sua vez, podem colaborar com o abandono do tratamento.

No QARA os resultados foram divididos em 2 categorias: as questões 1 a 5, que avaliam o nível de dificuldade na adaptação com a CT, e as questões 6 a 12, que avaliam a sensação de melhora, o que pode ser confundido com a melhora total e propiciar o abandono a través da estruturação das crenças disfuncionais.

Para cada grupo foi extraída a porcentagem de pontuação sobre a pontuação máxima possível. Por exemplo, sabendo que as respostas variam de 0 a 3, no caso das questões 1 a 5 a pontuação máxima seria 15 pontos, considerando todas as respostas com valor 3. Para extrair a taxa de resposta foram somadas as pontuações das questões e dividido o resultado por 15, o valor total, extraíndo assim a taxa de resposta. O mesmo foi feito com as questões 6 a 12 e com a questão 13. Depois estes resultados foram agrupados em 5 categorias, de acordo com a taxa de resposta: 0; até 25%; 25,01% a 50%; 50,01% a 75%; mais que 75%.

4.4.9 Questionário de Avaliação de comportamentos, sensações e percepções (ACSP) – (Anexo P)

Também visando identificar precocemente os principais fatores que podem estar associados com o abandono do processo terapêutico, foi desenvolvido este instrumento pela equipe da CTNJ, já utilizado em estudos anteriores (KURLANDER, 2014b).

Este questionário foi desenvolvido conjuntamente com o anterior (QARA), e visa detectar de forma precoce, nos acolhidos que ainda se encontram dentro da CT, os indicadores de abandono identificados no QARA.

Está composto por 13 afirmações referentes à percepção subjetiva do indivíduo, devendo este responder o quanto os comportamentos, sensações e percepções descritos nestas aconteceram no período avaliado. As respostas são de tipo Likert, sendo as opções: (0) nunca, (1) raramente, (2) frequentemente, (3) sempre.

Não há um escore definido, mas considera-se que quanto maior for a pontuação final, referindo-se esta à somatória numérica de todas as respostas, maior o risco de abandono do processo terapêutico e, portanto, maior a necessidade de uma intervenção emergencial que evite o mesmo.

Em relação à importância da utilização de um instrumento deste tipo, De Leon (1994) afirmou que, em relação aos fatores que podem se associar ao abandono do tratamento, as questões referentes à dinâmica ou às percepções do indivíduo são mais relevantes do que as variáveis fixas, como as sociodemográficas ou as ambientais, porém poucos estudos se baseiam nesta observação.

Por isso a avaliação de variáveis de percepção subjetiva de si mesmo dentro do processo podem ser a chave para encontrar as associações significativas no que diz respeito aos fatores associados ao abandono do tratamento na CT.

No intuito de avaliar mais fielmente o desenvolvimento subjetivo do processo, foram consideradas todas as avaliações, porém para facilitar a visualização dos resultados, estes foram divididos em 3 categorias: as questões 1 a 5, que avaliam o nível de dificuldade na adaptação com a CT; as questões 6 a 12, que avaliam a sensação de melhora, o que pode ser confundido com a melhora total e propiciar o abandono a través da estruturação das crenças disfuncionais; e finalmente a questão 13, que por si mesma já identifica o desejo de abandono do tratamento.

Para cada grupo foi extraída a porcentagem de pontuação sobre a pontuação máxima possível. Por exemplo, sabendo que as respostas variam de 0 a 3, no caso das questões 1 a 5 a pontuação máxima seria 15 pontos, considerando todas as respostas com valor 3. Para extrair a

taxa de resposta foram somadas as pontuações das questões e dividido o resultado por 15, o valor total, extraindo assim a taxa de resposta. O mesmo foi feito com as questões 6 a 12 e com a questão 13. Depois estes resultados foram agrupados em 4 categorias, de acordo com a taxa de resposta: até 25%; 25,01% a 50%; 50,01% a 75%; mais que 75%.

Cabe lembrar que na hipótese “H” a avaliação muito positiva em relação aos resultados obtidos com o andamento do tratamento foi considerada um fator de risco para o abandono e o abandono precoce. Este questionário visa identificar justamente este fator de risco, que se caracteriza pela alta resposta 0 e 1 nas questões 1 a 5 e pela alta resposta 2 e 3 nas questões 6 a 12, principalmente nas primeiras quatro aplicações, já que nas últimas duas este padrão de resposta já estaria dentro da evolução esperada para o período, e não seria mais, necessariamente, um indicador de risco.

4.4.10 *Questionário de avaliação externa (QAEX) (Anexo P)*

A avaliação pós saída consiste na aplicação de um questionário de forma trimestral, avaliando o estado após o tratamento, como a participação em grupos de apoio (AA, NA), grupos religiosos, estudos, trabalho, relação com a família, situações de risco e situações de consumo de álcool/drogas.

O questionário está composto por nove (9) questões para as diferentes áreas de avaliação, de tipo Likert com opções de 0 a 3, atribuídas pelo próprio entrevistado.

Cabe ressaltar que estes três últimos questionários são apenas instrumentos estruturados de coleta de dados, não sendo instrumentos de avaliação por escore, como as escalas validadas apresentadas antes destes.

Para este estudo este questionário foi aplicado a todos os sujeitos da pesquisa, de forma trimestral ao longo de um ano após a saída da CT, por um técnico treinado para este fim. As entrevistas foram realizadas por telefone, com o sujeito e também com algum familiar ou pessoa próxima, ou somente com este último no caso de não localizar o sujeito propriamente, o que aconteceu principalmente nos casos de abandono do tratamento.

Esta dupla aplicação teve também a finalidade de poder realizar uma comparação entre as respostas fornecidas pelo sujeito e pela família, a fim de verificar a consistência dos dados coletados.

4.5 Análise estatística

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *software* SPSS.

Foi avaliado longitudinalmente o desfecho inicial (saída da CT) a partir de uma variável contínua (tempo de permanência - dias) e duas variáveis categóricas: “finalização” (abandono/conclusão) e “tipo de abandono” (precoce/não precoce) nos casos de abandono.

O desfecho final (até um ano após a saída da CT) foi avaliado por uma variável binária (desfecho bom sim/não) e uma categórica (consumo nenhum, baixo, alto) avaliadas também por tempo (trimestre).

A associação dos desfechos com as variáveis explanatórias foi submetida à análise bivariada através do teste de qui-quadrado, para as variáveis categóricas.

Também foi realizado o teste de médias, com Anova seguido de teste Tukey, para as variáveis contínuas, e Teste T para as categóricas.

Finalmente foi realizada uma análise multivariada, por meio de regressão logística, para as variáveis “finalização” (abandono/conclusão), “tipo de abandono” (precoce/não precoce) e “desfecho bom” (sim/não) e os fatores que a elas associaram-se ao nível de 5% de significância.

Para a análise multivariada foram considerados 4 Modelos principais de análises, com 24 Modelos secundários, sendo estes:

Quadro 5 - Modelos para a análise multivariada

Modelo 1
Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e QAEX bom geral (1-6).
1.1 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 1 do QAEX
1.2 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 2 do QAEX
1.3 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 3 do QAEX
1.4 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 4 do QAEX
1.5 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 5 do QAEX
1.6 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 6 do QAEX
Modelo 2
Associação entre tipo de saída (conclusão/abandono) e QAEX bom geral (1-6)
2.1 Associação entre tipo de saída (conclusão/abandono) e questão 1 do QAEX
2.2 Associação entre tipo de saída (conclusão/abandono) e questão 2 do QAEX
2.3 Associação entre tipo de saída (conclusão/abandono) e questão 3 do QAEX
2.4 Associação entre tipo de saída (conclusão/abandono) e questão 4 do QAEX
2.5 Associação entre tipo de saída (conclusão/abandono) e questão 5 do QAEX

2.6 Associação entre tipo de saída (conclusão/abandono) e questão 6 do QAEX
Modelo 3
Associação entre tipo de abandono (precoce/não precoce) e QAEX bom geral (1-6)
3.1 Associação entre tipo de abandono (precoce/não precoce) e questão 1 do QAEX
3.2 Associação entre tipo de abandono (precoce/não precoce) e questão 2 do QAEX
3.3 Associação entre tipo de abandono (precoce/não precoce) e questão 3 do QAEX
3.4 Associação entre tipo de abandono (precoce/não precoce) e questão 4 do QAEX
3.5 Associação entre tipo de abandono (precoce/não precoce) e questão 5 do QAEX
3.6 Associação entre tipo de abandono (precoce/não precoce) e questão 6 do QAEX
Modelo 4
Associação entre tipo de consumo pós saída e QAEX bom geral (1-6)
4.1 Associação entre tipo de consumo pós saída e questão 1 do QAEX
4.2 Associação entre tipo de consumo pós saída e questão 2 do QAEX
4.3 Associação entre tipo de consumo pós saída e questão 3 do QAEX
4.4 Associação entre tipo de consumo pós saída e questão 4 do QAEX
4.5 Associação entre tipo de consumo pós saída e questão 5 do QAEX
4.6 Associação entre tipo de consumo pós saída e questão 6 do QAEX

No Modelo 4 se utilizou inicialmente, como variável independente, o consumo na primeira aplicação (3º mês), por uma relevância maior devido à sua capacidade preditiva em comparação com a associação feita com o consumo de 12 meses. Foi comparado o tipo de consumo “nenhum” com os outros (muito e pouco frequente) em relação ao desfecho bom.

A seguir foi utilizada como variável independente o consumo na última aplicação (12º mês), também comparando o tipo de consumo “nenhum” com os outros (muito e pouco frequente) em relação ao desfecho bom.

Na análise descritiva não foi indicado o p valor por não considerar o comportamento da distribuição dos dados relevante neste momento da pesquisa, deixando a análise estatística para a avaliação das associações possíveis na regressão multivariada.

4.6 Considerações éticas

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, que segue as determinações da Conferência Nacional de Ética Médica (CONEM), e aprovado em Reunião Extraordinária do CEP de 20 de julho de 2015, sem necessidade de envio à CONEP, CAAE 45503815.2.0000.5411, Processo 1841/15.

Esta pesquisa não teve financiamento.

Participaram aqueles que voluntariamente o desejaram; sendo assim, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o sigilo de suas respostas e a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem sanções.

Embora existam riscos quanto à confidencialidade, devido à utilização de dados de prontuário, em todo momento foi respeitado o sigilo e o anonimato de todos os participantes.

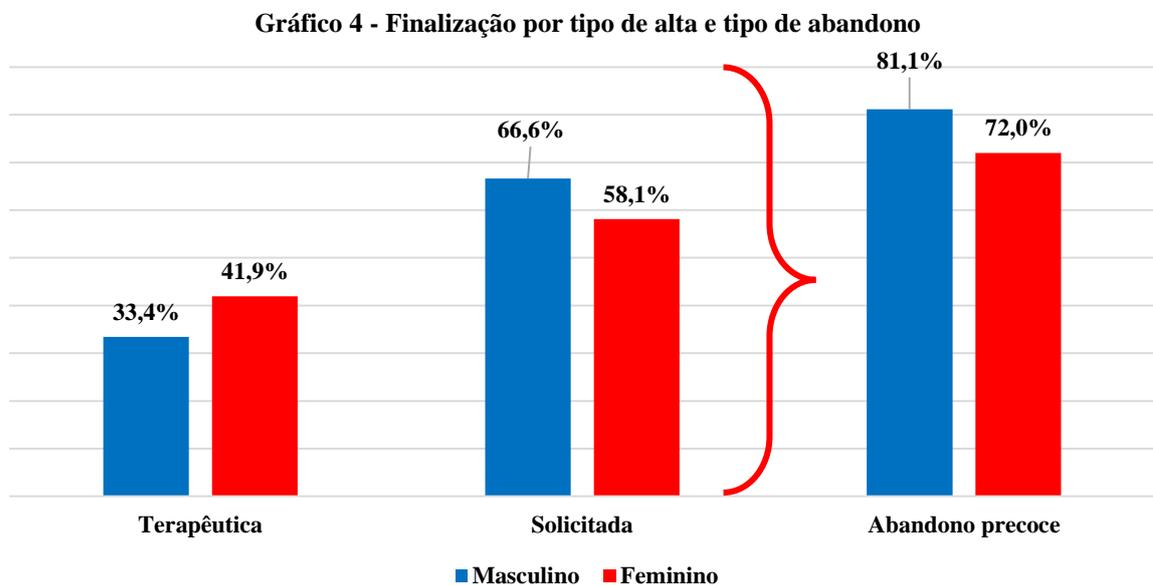
5. RESULTADOS

Considerando que a amostra esteve composta por 202 sujeitos, optou-se por utilizar apenas uma casa decimal na apresentação dos resultados, o que seria suficiente para evidenciar a distribuição dos mesmos.

5.1 Análise de composição da amostra

A distribuição da população por gênero foi de 78,7% homens (n=159) e 21,3% mulheres (n=43).

Em relação ao desfecho da forma de saída da CT, contrariamente ao proposto nas hipóteses, as mulheres tiveram melhor desempenho tanto no que diz respeito às altas terapêuticas (F 41,9% - n 18; M 33,3% - n 53), assim como no abandono precoce (F 72,0% - n 18; M 81,1% - n 86), como mostra o Gráfico abaixo. Também é importante ressaltar que as mulheres não apresentaram desistências a partir do 5º mês.



5.2 Análise de perfil sociodemográfico

A Tabela 1 apresenta os valores referentes à distribuição sociodemográfica da amostra estudada, apresentados separados por tipo de alta e tipo de abandono. Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Em relação à **idade**, na população masculina houve uma taxa entre 25 e 45 anos (69,8%), e na feminina entre 25 e 35 anos (46,5%), sendo esta última uma população mais jovem. A mediana para a população masculina foi de 36 anos, e para a população feminina de 34 anos.

Em relação à **idade e tipo de alta**, na população masculina os maiores de 45 anos tiveram maior taxa de alta terapêutica (44,8%), e de 25 a 35 anos a menor taxa (28,3), sendo que na população feminina a população de 25 a 35 anos teve a maior taxa de alta terapêutica (50,0%), e até 25 anos a menor taxa (20,0%).

Em relação a **idade e abandono precoce**, os melhores e piores resultados foram equivalentes na população masculina e feminina. A menor taxa de abandono precoce foi nos maiores de 45 anos (M 68,8%; F 25,0%) e a maior taxa até 25 anos (M 92,3%; F 100%).

Em relação à **escolaridade** houve resultados equivalentes na população masculina e feminina, sendo a taxa de baixa escolaridade (M 68,5%; F 58,1%), porém apresentando a população feminina maior escolaridade alta (M 31,5%; F 41,9%). Em ambas populações a taxa foi de Ensino fundamental incompleto (M 44,0%; F 44,2%) e Ensino médio completo (M 23,9%; F 20,9%).

Em relação a **escolaridade e tipo de alta**, a alta escolaridade teve maior taxa de alta terapêutica em ambas as populações (M 40,0%; F 50,0%). Considerando os grupos com quantidade significativa de sujeitos, na população masculina teve maior chance de alta terapêutica o Ensino fundamental completo (52,4%) e na população feminina o Ensino Superior incompleto (66,7%) e o Ensino médio completo (55,6%). As menores taxas de alta terapêutica foram no Ensino fundamental incompleto em ambas as populações (M 22,9%; F 31,6%).

Em relação a **escolaridade e abandono precoce**, na população masculina quem teve baixa escolaridade teve maior chance de abandono precoce (84,2%) sendo que na população feminina foi a escolaridade alta quem teve maior taxa (88,9%). Na população masculina o Ensino Fundamental completo (90,0%) e o Ensino Médio completo (90,9%) tiveram maior chance de abandono precoce, e na feminina o Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo e Ensino Superior incompleto tiveram 100% abandono precoce. A menor taxa de

abandono precoce na população masculina foi do Ensino Médio completo (69,6%) e na feminina o Ensino Fundamental completo (50,0%).

Em relação ao **estado civil**, houve resultados equivalentes na distribuição nas duas populações, havendo taxa de solteiros (M 63,5%; F 41,9%) e amasiados/casados (M 22,0%; F 30,2%). Destaca-se que a população feminina teve maior taxa de amasiados/casados, o que se torna um dado significativo quando se compara com a realidade de que grande parte destes parceiros também são usuários de SPAs.

Em relação ao **estado civil e tipo de alta**, nas duas populações os solteiros tiveram maior taxa de alta terapêutica (M 35,6%; F 44,4%). Na população masculina os casados tiveram menor taxa de alta terapêutica (25,7%) e na população feminina os divorciados (30,0%).

Em relação ao **estado civil e abandono precoce**, na população masculina os casados tiveram maior taxa de abandono precoce (88,5%) e na feminina as solteiras (80,0%). A menor taxa de abandono precoce nas duas populações foi nos divorciados (M 71,4%; F 57,1%), destacando-se uma grande diferença entre a menor taxa da população feminina e da população masculina.

Em relação a ter **pais separados**, em ambas as populações as distribuições foram equivalentes entre Sim e Não.

Em relação a ter **pais separados e tipo de alta**, em ambas as populações quem teve pais separados teve maior taxa de alta terapêutica (M 35,8%; F 50,0%).

Em relação a ter **pais separados e abandono precoce**, em ambas as populações quem não tinha pais separados teve maior taxa de abandono precoce (M 83,3%; F 73,3%). Em ambos os casos (tipo de alta e abandono precoce) a diferença entre as taxas foi baixa.

Em relação à **religião**, a população masculina foi preponderantemente católica (44,0%) enquanto que a população feminina foi preponderantemente evangélica/protestante (46,5%). A segunda religião preponderante foi invertida, sendo a evangélica/protestante na população masculina (30,8%) e a católica na população feminina (39,5%).

Em relação à **religião e tipo de alta**, na população masculina quem declarou não ter religião teve maior taxa de alta terapêutica (40,7%), sendo que na população feminina a maior taxa foi das católicas (47,0%). Na população masculina a menor taxa de alta terapêutica foi dos evangélicos/protestantes (24,5%) e na população feminina de quem declarou não ter religião (20,0%).

Em relação à **religião e abandono precoce**, os evangélicos/protestantes tiveram maior taxa em ambas as populações (M 86,5%; F 83,3%). A menor taxa na população masculina foi de quem declarou não ter religião (68,8%) e na população feminina das católicas (55,6%).

Em relação à **prática religiosa**, ambas as populações relataram preponderantemente “Não frequento, porém oro/rezo ou acredito” (M 57,2%; F 60,5%).

Em relação à **prática religiosa e tipo de alta**, ambas as populações apresentaram maior taxa de alta terapêutica para quem relatou “Frequente pelo menos 2x / mês” (M 50,0%; F 100%). Já na população masculina a menor taxa foi de quem relatou “Frequente 2x / semana ou mais” (14,3%) e na população feminina “Não frequento, porém oro/rezo ou acredito” (30,8%).

Em relação à **prática religiosa e abandono precoce**, considerando os grupos com quantidade significativa de sujeitos, na população masculina quem relatou “Não frequento, porém oro/rezo ou acredito” teve maior taxa (86,9%) e menor taxa quem relatou não ter prática religiosa (69,0%). Na população feminina a menor taxa foi de quem relatou “Não frequento, porém oro/rezo ou acredito” (61,1%), o inverso da população masculina.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas na amostra, separadas por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade												
até 25	19	11,9%	6	31,6%	12	92,3%	5	11,6%	1	20,0%	4	100%
de 25 a 35	60	37,7%	17	28,3%	33	76,7%	20	46,5%	10	50,0%	7	70,0%
de 35 a 45	51	32,1%	17	33,3%	30	88,2%	11	25,6%	4	36,4%	6	85,7%
mais que 45	29	18,2%	13	44,8%	11	68,8%	7	16,3%	3	42,9%	1	25,0%
Escolaridade												
Analfabeto	2	1,3%	1	50,0%	1	100%	-	-	-	-	-	-
EFi	70	44,0%	16	22,9%	44	81,5%	19	44,2%	6	31,6%	8	61,5%
EFc	21	13,2%	11	52,4%	9	90,0%	4	9,3%	2	50,0%	1	50,0%
EMi	16	10,1%	5	31,3%	10	90,9%	2	4,7%	1	50,0%	1	100%
EMc	38	23,9%	15	39,5%	16	69,6%	9	20,9%	5	55,6%	4	100%
ESi	9	5,7%	3	33,3%	5	83,3%	3	7,0%	2	66,7%	1	100%
ESc	3	1,9%	2	66,7%	1	100%	6	14,0%	2	33,3%	3	75,0%
Escolaridade (Cat.)												
Baixa (menos que EM completo)	109	68,5%	33	30,3%	64	84,2%	25	58,1%	9	36,0%	10	62,5%
Alta (EM completo ou mais)	50	31,5%	20	40,0%	22	73,3%	18	41,9%	9	50,0%	8	88,9%

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado civil												
Casado / Amasiado	35	22,0%	9	25,7%	23	88,5%	13	30,2%	5	38,5%	6	75,0%
Divorciado	21	13,2%	7	33,3%	10	71,4%	10	23,3%	3	30,0%	4	57,1%
Solteiro	101	63,5%	36	35,6%	52	80,0%	18	41,9%	8	44,4%	8	80,0%
Viúvo	2	1,3%	1	50,0%	1	100%	2	4,7%	2	100%	0	0%
Pais separados												
Não	78	49,1%	24	30,8%	45	83,3%	23	53,5%	8	34,8%	11	73,3%
Sim	81	51,0%	29	35,8%	41	78,8%	20	46,5%	10	50,0%	7	70,0%
Religião												
Não tem	27	17,0%	11	40,7%	11	68,8%	5	11,6%	1	20,0%	3	75,0%
Católica	70	44,0%	26	37,1%	36	81,8%	17	39,5%	8	47,1%	5	55,6%
Evangélica/protestante	49	30,8%	12	24,5%	32	86,5%	20	46,5%	8	40,0%	10	83,3%
Espírita	6	3,8%	0	0%	5	83,3%	1	2,3%	1	100%	0	0%
Outra	7	4,4%	4	57,1%	2	66,7%	-	-	-	-	-	-
Prática Religiosa												
Não tenho prática religiosa	44	27,7%	15	34,1%	20	69,0%	8	18,6%	6	75,0%	2	100%
Não frequento, porém oro/rezo ou acredito	91	57,2%	30	33,0%	53	86,9%	26	60,5%	8	30,8%	11	61,1%
Frequento menos que 1x / mês	10	6,3%	4	40,0%	5	83,3%	3	7,0%	2	66,7%	1	100%
Frequento pelo menos 2x / mês	4	2,5%	2	50,0%	2	100%	2	4,7%	2	100%	0	0%
Frequento 1x / semana	3	1,9%	1	33,3%	1	50,0%	1	2,3%	0	0%	1	100%
Frequento 2x / semana ou mais	7	4,4%	1	14,3%	5	83,3%	3	7,0%	0	0%	3	100%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

5.3 Análise do perfil do consumo

Em relação ao **principal tipo de droga consumida**, a distribuição foi dividida entre aqueles que apresentaram única ou predominantemente dependência do álcool, e aqueles que apresentaram única ou predominantemente dependência da cocaína/crack, considerando que, ao longo da vida, grande parte dos dependentes de cocaína/crack e pelo menos a metade dos alcoólicos, foram poliusuários.

A taxa foi de dependentes de cocaína/crack, principalmente na população feminina (95,4%), sendo esta taxa 85,5% na população masculina. Este dado confirma o relatado acima sobre o perfil da população encaminhada.

Em relação à maconha, 54,7% dos homens e 55,8% das mulheres relataram o consumo recente. Na população masculina os consumidores de maconha tiveram menor taxa de alta terapêutica (27,6%) e maior taxa de abandono precoce (100%) que os dependentes de cocaína/crack e álcool. Na população feminina as consumidoras de maconha tiveram taxas equivalentes.

Em relação ao tempo de uso, a taxa foi de sujeitos com mais de 10 anos de uso (M 75,5%; F 67,4%), sendo que a população masculina apresentou grande diferença no tempo de uso maior que 20 anos (M 33,3%; F 20,9%), o que pode se associar à maior idade da população masculina.

A Tabela 2 apresenta os valores referentes a características relacionadas ao desenvolvimento da dependência química, apresentados separados por tipo de alta e tipo de abandono. Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Em relação ao **principal tipo de droga consumida**, os dependentes de álcool tiveram maior taxa de **alta terapêutica** em ambas as populações (M 47,8%; F 50,0%) e menor taxa de **abandono precoce** (M 66,7%; F 0%).

Em relação ao **tempo de uso**, quem teve até 5 anos de uso teve maior taxa de **alta terapêutica** em ambas as populações (M 44,4%; F 66,7%). Na população masculina os que tiveram de 5 a 10 anos de uso tiveram a menor taxa de alta terapêutica (20,0%) e na população feminina quem teve de 10 a 20 anos de uso (35,0%). Em relação ao **abandono precoce**, na população masculina a maior taxa foi de quem teve até 5 anos de uso (100%) seguido de quem teve de 10 a 20 anos de uso (86,4%). Já na população feminina a maior taxa foi de quem teve até 5, e de 5 a 10 anos de uso (100%).

Em relação ao **uso de medicação psicoativa** no ingresso na CT, 30,2% da população masculina e 58,1% da população feminina faziam uso, ou seja, a população feminina teve 2 vezes mais consumo de medicação psicoativa do que a população masculina, o que sugere maior taxa de comorbidades nesta população. Na população masculina praticamente não houve diferença nas taxas de **alta terapêutica** e de **abandono precoce**. Na população feminina a maior taxa de alta terapêutica e de abandono precoce foi de quem fazia uso (48,0%; 76,9%).

Em relação a ter **outros usuários de SPAs na família de convivência**, na população masculina não houve diferença de taxa na **alta terapêutica**, e na população feminina a maior taxa foi de quem não tinha (66,7%). Quem tinha usuários de SPAs na família de convivência teve maior taxa de **abandono precoce** em ambas as populações (M 84,0%; F 73,9%).

Em relação a ter realizado outros **tratamentos anteriores**, ambas as populações tiveram taxas de sim praticamente idênticas (M 62,9%, F 62,8%). Na população masculina quem não teve tratamentos anteriores teve maior taxa de **alta terapêutica** e de **abandono precoce** (35,6%; 86,8%), enquanto que na população feminina quem teve tratamentos anteriores teve maior taxa de alta terapêutica e de abandono precoce (44,4%; 80,0%).

Em relação à **quantidade de tratamentos anteriores** realizados, a maior taxa foi de 1 (M 40,0; F 63,0%), seguido de 2 a 3 (M 38,0; F 29,6%). Os dados evidenciam que a população masculina teve maior quantidade de tratamentos anteriores comparado à população feminina, sendo que nenhum sujeito da população feminina teve mais que 10 tratamentos anteriores.

Em relação a **quantidade de tratamentos anteriores e alta terapêutica**, na população masculina a maior taxa foi de quem teve 1 (42,5%) e de 4 a 10 (41,2%), e a menor taxa de quem teve de 2 a 3 (18,4%). Na população feminina a maior taxa foi de quem teve de 4 a 10 (100%) e a menor de quem teve de 2 a 3 (37,5%).

Em relação a **quantidade de tratamentos anteriores e abandono precoce**, na população masculina a maior taxa foi de quem teve 1 (82,6%) e de 2 a 3 (80,6%), e a menor taxa de quem teve de 4 a 10 (70,0%). Na população feminina a maior taxa foi de quem teve 1 (90,0%) e a menor taxa de quem teve de 4 a 10 (0%).

Em relação à **participação em grupos de mútua ajuda**, como **NA** e **AA**, pode-se observar que a população masculina foi mais participativa que a população feminina (M 55,8%; F 48,6%). Em relação à **alta terapêutica** nenhuma população apresentou diferença significativa na taxa, enquanto que em ambas as populações quem não participou apresentou maior taxa de **abandono precoce** (M 83,7%; F 100%).

Em relação a quem **reingressou na CTNJ**, a população masculina apresentou muito maior taxa do que a população feminina (M 23,3%; F 7,0%). Isto pode ser atribuído a um confundidor, que é o menor tempo de existência da Unidade Feminina²⁷. Na população masculina não houve diferença entre as taxas de **alta terapêutica** e **abandono precoce**, enquanto que na população feminina quem reingressou teve maior taxa de alta terapêutica e de abandono precoce (66,7% e 100%).

²⁷ A Unidade Masculina foi fundada em abril de 2010 (5 anos antes do início deste estudo) e a Unidade Feminina em abril de 2014 (pouco mais que um ano antes do início deste estudo).

Tabela 2 - Distribuição da amostra por características relacionadas ao desenvolvimento da dependência química, separadas por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Principal tipo de droga consumida												
Cocaína/crack	136	85,5%	42	30,9%	78	83,0%	41	95,4%	17	41,5%	18	75,0%
Álcool	23	14,5%	11	47,8%	8	66,7%	2	4,7%	1	50,0%	0	0%
Consumo de maconha	87	54,7%	24	27,6%	63	100%	25	55,8%	12	50,0%	9	75,0%
Tempo de uso												
até 5 anos	9	5,7%	4	44,4%	5	100%	3	7,0%	2	66,7%	1	100%
5 a 10 anos	30	18,9%	6	20,0%	18	75,0%	11	25,6%	5	45,5%	6	100%
10 a 20 anos	67	42,1%	23	34,3%	38	86,4%	20	46,5%	7	35,0%	9	69,2%
mais que 20 anos	53	33,3%	20	37,7%	25	75,8%	9	20,9%	4	44,4%	2	40,0%
Uso de Medicação Psicoativa												
Não	111	69,8%	38	34,2%	59	80,8%	18	41,9%	6	33,3%	8	66,7%
Sim	48	30,2%	15	31,3%	27	81,8%	25	58,1%	12	48,0%	10	76,9%
Usuários de SPAs na família de convivência												
Não	46	28,9%	15	32,6%	23	74,2%	6	14,0%	4	66,7%	1	50,0%
Sim	113	71,1%	38	33,6%	63	84,0%	37	86,0%	14	37,8%	17	73,9%
Tratamentos anteriores												
Não	59	37,1%	21	35,6%	33	86,8%	16	37,2%	6	37,5%	6	60,0%
Sim	100	62,9%	32	32,0%	53	77,9%	27	62,8%	12	44,4%	12	80,0%
1	40	40,0%	17	42,5%	19	82,6%	17	63,0%	7	41,2%	9	90,0%
2 a 3	38	38,0%	7	18,4%	25	80,6%	8	29,6%	3	37,5%	3	60,0%
4 a 10	17	17,0%	7	41,2%	7	70,0%	2	7,4%	2	100%	0	0%
mais que 10	5	5,0%	1	20,0%	3	75,0%	-	-	-	-	-	-
Participação em NA/AA												
Não	65	44,2%	22	33,8%	36	83,7%	18	51,4%	8	44,4%	10	100%
Sim	82	55,8%	30	36,6%	40	76,9%	17	48,6%	7	41,2%	6	60,0%
Reingresso CTNJ												
Não	122	76,7%	41	33,6%	66	81,5%	40	93,0%	16	40,0%	17	70,8%
Sim	37	23,3%	12	32,4%	20	80,0%	3	7,0%	2	66,7%	1	100%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Como a idade é um fator determinante para as variáveis tempo de uso e quantidade de tratamentos anteriores, as Tabelas 3 e 4 mostram como estas variáveis estão distribuídas. Ressalta-se que os dados apresentados nestas Tabelas não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

A Tabela 3 mostra que a população feminina mais jovem teve mais tempo de uso do que a população masculina da mesma faixa etária. Chama à atenção que nenhuma mulher com até 25 anos teve menos do que 10 anos de uso, o que evidencia o precoce início do consumo, enquanto que praticamente 90,0% dos homens com até 25 anos tiveram menos de 10 anos de uso. A taxa em ambas as populações foi de 10 a 20 anos de uso.

Também cabe destacar que as mulheres mais velhas apresentaram menor tempo de consumo do que as mais novas, o que evidencia que o início precoce do consumo é um evento recente na história epidemiológica do consumo feminino.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por gênero, faixa etária e tempo de uso de SPAs

População	Idade	Total	até 5 anos		5 a 10 anos		10 a 20 anos		mais que 20 anos	
		n	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculina	até 25	19	6	31,6%	11	57,9%	2	10,5%	0	0%
	de 25 a 35	60	2	3,3%	14	23,3%	40	66,7%	4	6,7%
	de 35 a 45	51	1	2,0%	4	7,8%	23	45,1%	23	45,1%
	mais que 45	29	0	0%	1	3,4%	2	6,9%	26	89,7%
Feminina	até 25	5	0	0%	0	0%	5	100%	0	
	de 25 a 35	20	13	65,0%	1	5,0%	5	25,0%	1	5,0%
	de 35 a 45	11	6	54,5%	4	36,4%	1	9,1%	0	0%
	mais que 45	7	1	14,3%	4	57,1%	1	14,3%	1	14,3%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Na Tabela 4 pode-se verificar a distribuição da quantidade de tratamentos anteriores por faixa etária. As mulheres jovens – até 25 anos – tiveram muito maior taxa de tratamentos anteriores (60,0%) do que os homens da mesma idade (36,8%), assim como as mulheres com mais de 45 anos (85,7%) em relação aos homens da mesma idade (65,5%).

A taxa foi de 2 a 3 tratamentos anteriores, sendo que a população feminina praticamente não teve casos de maior quantidade de tratamentos.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 4 - Distribuição da amostra por gênero, faixa etária e quantidade de tratamentos anteriores

População	Idade	Total		1		2 a 3		4 a 10		mais que 10	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculina	até 25	7	36,8%	3	42,9%	4	57,1%	0	0%	0	0%
	de 25 a 35	41	68,3%	20	48,8%	14	34,1%	6	14,6%	1	2,4%
	de 35 a 45	33	64,7%	7	21,2%	13	39,4%	10	30,3%	4	12,1%
	mais que 45	19	65,5%	10	52,6%	8	42,1%	1	5,3%	0	0%
Feminina	até 25	3	60,0%	1	33,3%	2	66,7%	0	0%	0	0%
	de 25 a 35	11	55,0%	7	63,6%	2	18,2%	2	18,2%	0	0%
	de 35 a 45	7	63,6%	5	71,4%	2	28,6%	0	0%	0	0%
	mais que 45	6	85,7%	4	66,7%	2	33,3%	0	0%	0	0%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

A Tabela 5 apresenta os valores referentes a características relacionadas questões legais anteriores ao acolhimento, apresentados separados por tipo de alta e tipo de abandono. Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Em relação ao **ter sido preso**, a população masculina teve maior taxa (44,0%) do que a população feminina (18,6%), o que se explica pelo fato de que os homens recorrem mais frequentemente a crimes como tráfico e roubos para sustentar o consumo, enquanto que as mulheres recorrem mais frequentemente a várias formas de prostituição, o que diminui a chance de detenções com prisão. Os homens também foram presos mais vezes e ficaram mais tempo encarcerados.

Em relação a **ter sido preso e alta terapêutica**, os homens que não foram presos tiveram maior taxa de alta terapêutica (40,4%) enquanto que as mulheres que foram presas tiveram maior taxa de alta terapêutica (50,0%). Os homens que foram presos uma vez tiveram mais alta terapêutica (28,6%), assim como os que ficaram maior tempo presos (50,0%).

Em relação a **ter sido preso e abandono precoce**, os homens que foram presos tiveram maior taxa de abandono precoce (84,9%), enquanto que para as mulheres a taxa foi semelhante. Os homens que foram presos mais vezes e ficaram mais tempo presos tiveram maior taxa de abandono precoce (91,7% e 100%).

Em relação a **ter sido detido** os homens também tiveram maior taxa que as mulheres (M 44,0%; F 18,6%), e também foram detidos mais vezes que as mulheres. Assim como com a prisão, os homens que não foram detidos tiveram maior taxa de **alta terapêutica** (41,0%) enquanto que as mulheres que foram detidas tiveram maior taxa (75,0%). Em ambas as populações, quem foi detido teve maior taxa de **abandono precoce** (M 85,4%; F 75,0%).

Em relação a **ter processos anteriores**, os homens também tiveram maior taxa (M 23,3%; F 9,3%). Assim como com a prisão e com as detenções, os homens que não tiveram

processos anteriores tiveram maior taxa de **alta terapêutica** (36,1%) enquanto que as mulheres que tiveram processos tiveram maior taxa (50,0%). Em relação ao **abandono precoce**, as taxas da população masculina foram equivalentes, enquanto que as mulheres que tiveram processos tiveram maior taxa (100%).

Tabela 5 - Distribuição da amostra por características relacionadas a questões legais, separadas por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Preso												
Não	89	56,0%	36	40,4%	41	77,4%	35	81,4%	14	40,0%	15	71,4%
Sim	70	44,0%	17	24,3%	45	84,9%	8	18,6%	4	50,0%	3	75,0%
1 vez	49	76,6%	14	28,6%	30	85,7%	6	100%	5	83,3%	1	100%
2 a 3 vezes	15	23,4%	3	20,0%	11	91,7%	-	-	-	-	-	-
até 1 ano	32	49,2%	10	31,3%	17	77,3%	6	100%	5	83,3%	1	100%
de 1 a 3 anos	29	44,6%	5	17,2%	23	95,8%	-	-	-	-	-	-
de 3 a 10 anos	4	6,2%	2	50,0%	2	100%	-	-	-	-	-	-
Detido												
Não	78	53,8%	32	41,0%	34	73,9%	28	77,8%	11	39,3%	13	76,5%
Sim	67	46,2%	19	28,4%	41	85,4%	8	22,2%	6	75,0%	2	100%
1 vez	40	63,5%	13	32,5%	22	81,5%	7	87,5%	5	71,4%	2	100%
2 a 3 vezes	19	30,2%	3	15,8%	15	93,8%	1	12,5%	1	100%	0	0%
4 a 10 vezes	3	4,8%	1	33,3%	2	100%	-	-	-	-	-	-
mais de 10 vezes	1	1,6%	0	0%	1	100%	-	-	-	-	-	-
Processos												
Não	122	76,7%	44	36,1%	63	80,8%	39	90,7%	16	41,0%	16	69,6%
Sim	37	23,3%	9	24,3%	23	82,1%	4	9,3%	2	50,0%	2	100%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Na Tabela 6 se apresentam os valores referentes aos agravos provocados pela dependência química, apresentados separados por tipo de alta e tipo de abandono. Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Em relação a ter estado em **situação de rua** por causa da dependência química, em ambas as populações metade das pessoas já estiveram em situação de rua, e o tempo de permanência também foi semelhante, prevalecendo o grupo que esteve de 1 a 3 anos (M 54,2%; F 63,2%). Não houve diferença na distribuição da **alta terapêutica** para quem esteve ou não em situação de rua, porém teve maior quantidade o grupo que esteve até um ano (M 64,7%; F

60,0%). Em relação ao **abandono precoce**, na população masculina teve menor taxa quem esteve até um ano (16,7%) e na população feminina quem esteve de 1 a 3 anos (57,1%).

Em relação a ter tido **problemas laborais** por causa da dependência química, a população masculina apresentou maior taxa (M 80,35; F 66,7%), e em relação à quantidade, em ambas as populações a taxa foi mais de 10 vezes (M 68,1%; F 58,3%). Em relação à **alta terapêutica**, a distribuição na população masculina foi homogênea, e na população feminina houve maior quantidade de alta terapêutica para quem teve problemas laborais (50,0%). Quem teve problemas laborais mais de 10 vezes teve menor taxa de alta terapêutica (M 29,1%; F 35,7%). Em relação ao **abandono precoce**, na população masculina teve maior taxa quem teve problemas laborais (84,2%) e na população feminina quem não teve (100%). Os homens que tiveram problemas laborais uma única vez tiveram menor abandono precoce (66,7%) e as mulheres que tiveram problemas laborais mais de 10 vezes tiveram maior frequência de abandono precoce (88,9%).

Em relação a ter estado **desempregado** por causa da dependência química, em ambas as populações a taxa foi de quem esteve (M 76,2%; F 63,9%) e de quem esteve desempregado de 1 a 3 anos (M 37,5%; F 34,8%) e mais que 10 anos (M 38,4%; F 39,1%). Os homens que estiveram desempregados de 1 a 3 anos tiveram maior frequência de **alta terapêutica** (40,5%). As mulheres que estiveram desempregadas tiveram maior frequência de alta terapêutica (52,2%) assim como as que estiveram desempregadas de 3 a 10 anos (100%). Em relação ao **abandono precoce** a distribuição foi semelhante em ambas as populações para quem esteve ou não desempregado. Os homens que estiveram desempregados até 1 ano tiveram menor frequência de abandono precoce (57,1%) assim como as mulheres que estiveram desempregadas de 3 a 10 anos (0%).

Em relação a ter tido **problemas familiares** por causa da dependência química, em ambas as populações predominou quem teve (M 93,9%; F 94,4%), e quem teve mais de 10 vezes (M 80,4%; F 85,3%). Em ambas as populações quem não teve problemas familiares teve maior frequência de **alta terapêutica** (M 55,6%; F 50,0%) assim como quem teve apenas uma vez (M 75,0%; F 100%). Em ambas as populações quem teve problemas familiares mais de 10 vezes teve maior frequência de **abandono precoce** (M 83,6%; F 76,5%), excluindo os casos únicos.

Em relação a ter tido **problemas de saúde** por causa da dependência química, em ambas as populações predominou quem relatou não ter tido (M 65,3%; F 63,9%) e quem teve até 3 vezes (M 80,4%; F 92,3%). Em relação à **alta terapêutica** na população masculina quem não teve problemas teve maior frequência (38,5%) assim como quem teve de 4 a 10 vezes (100%),

e na população feminina teve maior frequência quem teve de 2 a 3 vezes (55,6%). O **abandono precoce** foi mais frequente em quem não teve problemas de saúde (M 83,1%; F 83,3%), e em quem teve de 2 a 3 vezes (M 88,2%; F 100%).

Em relação a ter tido **internações hospitalares** por causa da dependência química, a maior parte relatou não ter tido (M 68,0%; F 63,9%), ou ter tido até 3 vezes (M 85,1%; F 92,3%). Os homens que tiveram de 2 a 3 internações hospitalares tiveram maior frequência de **alta terapêutica** (52,4%), assim como as mulheres que tiveram (61,5%) e as que tiveram até 3 (66,7%). Em ambas as populações, quem teve mais de 10 internações hospitalares teve maior frequência de **abandono precoce** (M 100%; F 100%).

Tabela 6 - Distribuição da amostra por agravos atribuídos à dependência química, separada por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Situação de rua												
Não	73	49,7%	25	34,2%	42	87,5%	17	47,2%	8	47,1%	8	88,9%
Sim	74	50,3%	27	36,5%	34	72,3%	19	52,8%	9	47,4%	7	70,0%
até 1 ano	17	23,6%	11	64,7%	1	16,7%	5	26,3%	3	60,0%	2	100%
de 1 a 3 anos	39	54,2%	11	28,2%	23	82,1%	12	63,2%	5	41,7%	4	57,1%
de 3 a 10 anos	8	11,1%	2	25,0%	5	83,3%	1	5,3%	0	0%	1	100%
mais que 10 anos	8	11,1%	2	25,0%	5	83,3%	1	5,3%	1	100%	0	0%
Problemas laborais												
Não	29	19,7%	10	34,5%	12	63,2%	12	33,3%	5	41,7%	7	100%
Sim	118	80,3%	42	35,6%	64	84,2%	24	66,7%	12	50,0%	8	66,7%
1 vez	5	4,3%	2	40,0%	2	66,7%	1	4,2%	1	100%	0	0%
2 a 3 vezes	13	11,2%	6	46,2%	7	100%	5	20,8%	3	60,0%	0	0%
4 a 10 vezes	19	16,4%	9	47,4%	9	90,0%	4	16,7%	3	75,0%	0	0%
mais de 10 vezes	79	68,1%	23	29,1%	46	82,1%	14	58,3%	5	35,7%	8	88,9%
Desemprego												
Não	35	23,8%	11	31,4%	20	83,3%	13	36,1%	5	38,5%	6	75,0%
Sim	112	76,2%	41	36,6%	56	78,9%	23	63,9%	12	52,2%	9	81,8%
até 1 ano	21	18,8%	7	33,3%	8	57,1%	4	17,4%	3	75,0%	1	100%
de 1 a 3 anos	42	37,5%	17	40,5%	22	88,0%	8	34,8%	3	37,5%	4	80,0%
de 3 a 10 anos	6	5,4%	2	33,3%	3	75,0%	2	8,7%	2	100%	0	0%
mais que 10 anos	43	38,4%	14	32,6%	24	82,8%	9	39,1%	4	44,4%	4	80,0%

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Problemas familiares												
Não	9	6,1%	5	55,6%	3	75,0%	2	5,6%	1	50,0%	1	100%
Sim	138	93,9%	47	34,1%	73	80,2%	34	94,4%	16	47,1%	14	77,8%
1 vez	4	2,9%	3	75,0%	1	100%	1	2,9%	1	100%	0	0%
2 a 3 vezes	7	5,1%	2	28,6%	3	60,0%	-	-	-	-	-	-
4 a 10 vezes	16	11,6%	4	25,0%	8	66,7%	4	11,8%	3	75,0%	1	100%
mais de 10 vezes	111	80,4%	38	34,2%	61	83,6%	29	85,3%	12	41,4%	13	76,5%
Problemas de saúde												
Não	96	65,3%	37	38,5%	49	83,1%	23	63,9%	11	47,8%	10	83,3%
Sim	51	34,7%	15	29,4%	27	75,0%	13	36,1%	6	46,2%	5	71,4%
1 vez	20	39,2%	4	20,0%	10	62,5%	3	23,1%	1	33,3%	0	0%
2 a 3 vezes	21	41,2%	4	19,0%	15	88,2%	9	69,2%	5	55,6%	4	100%
4 a 10 vezes	5	9,8%	5	100%	0	0%	-	-	-	-	-	-
mais de 10 vezes	5	9,8%	2	40,0%	2	66,7%	1	7,7%	0	0%	1	100%
Internações hospitalares por causa da Dqa												
Não	100	68,0%	35	35,0%	53	81,5%	23	63,9%	9	39,1%	13	92,9%
Sim	47	32,0%	17	36,2%	23	76,7%	13	36,1%	8	61,5%	2	40,0%
1 vez	19	40,4%	4	21,1%	11	73,3%	6	46,2%	4	66,7%	0	0%
2 a 3 vezes	21	44,7%	11	52,4%	8	80,0%	6	46,2%	4	66,7%	1	50,0%
4 a 10 vezes	5	10,6%	2	40,0%	2	66,7%	-	-	-	-	-	-
mais de 10 vezes	2	4,3%	0	0%	2	100%	1	7,7%	0	0%	1	100%
Internações hospitalares por outros motivos												
Não	92	64,3%	35	38,0%	51	89,5%	21	58,3%	10	47,6%	8	72,7%
Sim	51	35,7%	16	31,4%	22	62,9%	15	41,7%	7	46,7%	7	87,5%
1 vez	41	80,4%	11	26,8%	19	63,3%	11	73,3%	5	45,5%	5	83,3%
2 a 3 vezes	9	17,6%	4	44,4%	3	60,0%	4	26,7%	2	50,0%	2	100%
4 a 10 vezes	1	2,0%	1	100%	0	0%	-	-	-	-	-	-
até 1 ano	34	72,3%	9	26,5%	15	60,0%	9	60,0%	4	44,4%	4	80,0%
de 1 a 3 anos	12	25,5%	6	50,0%	4	66,7%	6	40,0%	3	50,0%	3	100%
de 3 a 10 anos	1	2,1%	0	0%	1	100%	-	-	-	-	-	-

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

5.4 Análise dos instrumentos de avaliação de gravidade da dependência

Em relação ao **SADD**, ambas as populações apresentaram taxa do escore Grave (M 51,1%; F 61,6%). Na população masculina teve maior frequência de **alta terapêutica** quem teve escore leve (41,7%), e na população feminina o escore leve (60,0%) e moderado (60,0%). O **abandono precoce** foi menos frequente nos homens com escore Grave (73,3%) e mais frequente nas mulheres com o mesmo escore (62,5%).

O **SDS maconha** foi respondido por 87 homens (55,0%) e por 24 mulheres (56,0%). Na população masculina houve predomínio do escore até 5 (66,7%) e na população feminina do escore de 6 a 10 (62,5%). Em relação à **alta terapêutica**, na população masculina houve maior predomínio no escore 11 a 15 (100%), e na população feminina no escore até 5 (71,4%). Isto se inverte no **abandono precoce**, tendo a população masculina maior frequência no escore até 5 (85,7%) e a população feminina no escore de 11 a 15 (100%).

Em relação ao **SDS cocaína**, houve maior frequência do escore de 6 a 10 em ambas as populações (M 57,4%; F 46,3%). A **alta terapêutica** esteve distribuída uniformemente em relação aos escores na população masculina, mas na população feminina houve maior taxa no escore até 5 (90,0%). Na população masculina o **abandono precoce** foi mais frequente em quem teve escore de 11 a 15, e na população feminina foi uniforme entre quem teve escore maior que 5 (76,9% e 77,8%).

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 7 - Resultados das escalas SADD (*Short Alcohol Dependence Data*) e SDS (*Severity Dependence Scale*) (maconha e cocaína), separados por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SADD												
Leve	24	18,3%	10	41,7%	12	85,7%	5	19,2%	3	60,0%	1	50,0%
Moderado	40	30,5%	13	32,5%	24	88,9%	5	19,2%	3	60,0%	1	50,0%
Grave	67	51,1%	22	32,8%	33	73,3%	16	61,6%	8	50,0%	5	62,5%
SDS maconha												
até 5	58	66,7%	16	27,6%	36	85,7%	7	29,2%	5	71,4%	1	50,0%
de 6 a 10	28	32,2%	7	25,0%	16	76,2%	15	62,5%	6	40,0%	7	77,8%
de 11 a 15	1	1,1%	1	100%	0	0%	2	8,3%	1	50,0%	1	100%

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SDS cocaína												
até 5	19	14,0%	6	31,6%	10	76,9%	10	24,4%	9	90,0%	0	0%
de 6 a 10	78	57,4%	25	32,1%	43	81,1%	19	46,3%	6	31,6%	10	76,9%
de 11 a 15	39	28,7%	11	28,2%	25	89,3%	12	29,3%	3	25,0%	7	77,8%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação ao CCQ-B, inicialmente foram comparados os resultados gerais para a avaliação inicial e a última aplicação em cada sujeito, com o qual pode-se observar significativa diminuição na gravidade da fissura, principalmente entre os homens, como mostra a tabela a seguir. Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Na população masculina a somatória dos escores Moderado e Grave na aplicação inicial foi de 60,1%, enquanto que na final foi de 27,8%, menos da metade. Já na população feminina a diferença foi menor, sendo na aplicação inicial 63,9% e na final 46,4%, como pode ser visto na tabela abaixo. É esperada esta diminuição no indicador de *craving*, considerando a evolução associada ao programa da CT, assim como também à dessensibilização esperada associada ao tempo de abstinência.

Tabela 8 - Comparação dos resultados da escala CCQ-B (*Cocaine Craving Questionnaire Brief*) entre a aplicação inicial e a final

	População masculina		População feminina	
	n	%	n	%
Inicial				
Mínimo	36	26,1%	10	27,8%
Leve	19	13,8%	3	8,3%
Moderado	32	23,2%	11	30,6%
Grave	51	37,0%	12	33,3%
Final				
Mínimo	63	64,9%	15	53,6%
Leve	7	7,2%	0	0,0%
Moderado	20	20,6%	8	28,6%
Grave	7	7,2%	5	17,9%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação aos escores do CCQ-B ao longo do processo, associados à alta terapêutica e ao abandono precoce, no **escore inicial** na população masculina o escore Leve foi o que apresentou maior frequência de **alta terapêutica** (42,1%) e na população feminina foi o escore Grave (58,3%). Em relação ao **abandono precoce**, na população masculina o escore Grave foi o que apresentou maior frequência (89,7%), e na população feminina foi o Leve (100%).

No **1º mês** houve maior frequência dos escores Mínimo (46,4%) e Moderado (42,3%) na população masculina, e do escore Moderado (39,3%) na população feminina. A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foi o escore Mínimo (55,6%) e na população feminina os escores Mínimo (71,4%) e Moderado (72,7%). Em relação ao **abandono precoce** em ambas as populações a maior frequência foi do escore Moderado (M 76,7%; F 66,7%).

No **2º mês** houve maior frequência do escore Mínimo nas duas populações (M 59,0%; F 47,8%). A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foi o escore Grave (60,0%) e na população feminina o escore Leve (100%). Em relação ao **abandono precoce** na população masculina a maior frequência foi do escore Grave (100%) e na população feminina do escore Leve (100%).

No **3º mês** houve maior frequência do escore Mínimo na população masculina (65,5%) e Mínimo (39,1%) e Moderado (39,1%) na população feminina. A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foi o escore Mínimo (75,0%, considerando que o escore Grave apresentou um único caso) e na população feminina o escore Moderado (88,9%). A partir desta aplicação não houve associação com o **abandono precoce**, já que a mesma ocorreu a partir do 3º mês, período que exclui a possibilidade deste tipo de abandono.

No **4º mês** houve maior frequência do escore Mínimo nas duas populações (M 67,4%; F 50,0%). A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foi o escore Mínimo (80,6,0%, considerando que o escore Grave apresentou um único caso) e na população feminina o escore Leve (100%).

No **5º mês** houve maior frequência do escore Mínimo nas duas populações (M 79,1%; F 52,9%). A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foram os escores Mínimo (82,4%) e Leve (83,3%). Na população feminina todos os casos (100%) tiveram alta terapêutica.

No **6º mês** houve maior frequência do escore Mínimo na população masculina (90,2%) e Moderado na população feminina (47,1%). A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foi o escore Mínimo (78,4%, considerando que os escores Moderado e

Grave apresentaram apenas quatro casos). Na população feminina todos os casos (100%) tiveram alta terapêutica.

No **7º mês** houve maior frequência do escore Mínimo nas duas populações (M 87,5%; F 35,7%). A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foi o escore Mínimo (78,6%, considerando que o escore Grave apresentou apenas quatro casos). Na população feminina todos os casos (100%) tiveram alta terapêutica.

No **8º mês** houve maior frequência do escore Mínimo nas duas populações (M 90,0%; F 100%). A maior frequência para a **alta terapêutica** na população masculina foi o escore Mínimo (83,3%, considerando que o escore Leve apresentou apenas dois casos). Na população feminina todos os casos (100%) tiveram alta terapêutica.

No **9º mês** as duas populações apresentaram 100% de escore Mínimo e de **alta terapêutica**.

É importante destacar como a distribuição dos escores varia por gênero, sendo que na população masculina o escore Mínimo foi maior durante todo o período, exceto na aplicação inicial, o que evidencia uma diferença importante no desenvolvimento da dessensibilização em relação à droga entre as duas populações. Variação semelhante teve a distribuição da alta terapêutica, em relação à qual pode-se observar que na população feminina, a partir do 5º mês, todas tiveram alta terapêutica, enquanto que na população masculina foi a grande maioria.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 9 - Resultados da escala CCQ-B (Cocaine Craving Questionnaire Brief) por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inicial												
Mínimo	36	26,1%	12	33,3%	20	83,3%	10	27,8%	5	50,0%	2	40,0%
Leve	19	13,8%	8	42,1%	9	81,8%	3	8,3%	1	33,3%	2	100%
Moderado	32	23,2%	10	31,3%	16	72,7%	11	30,6%	4	36,4%	5	71,4%
Grave	51	37,0%	12	23,5%	35	89,7%	12	33,3%	7	58,3%	4	80,0%
1 mês												
Mínimo	45	46,4%	25	55,6%	14	70,0%	7	25,0%	5	71,4%	1	50,0%
Leve	4	4,1%	2	50,0%	1	50,0%	2	7,1%	1	50,0%	0	0%
Moderado	41	42,3%	11	26,8%	23	76,7%	11	39,3%	8	72,7%	2	66,7%
Grave	7	7,2%	3	42,9%	2	50,0%	8	28,6%	3	37,5%	2	40,0%

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 meses												
Mínimo	49	59,0%	26	53,1%	14	60,9%	11	47,8%	8	72,7%	0	0%
Leve	11	13,3%	5	45,5%	3	50,0%	4	17,4%	4	100%	0	0%
Moderado	18	21,7%	7	38,9%	7	63,6%	6	26,1%	4	66,7%	0	0%
Grave	5	6,0%	3	60,0%	2	100%	2	8,7%	1	50,0%	0	0%
3 meses												
Mínimo	36	65,5%	27	75,0%	-	-	9	39,1%	7	77,8%	-	-
Leve	10	18,2%	6	60,0%	-	-	2	8,7%	1	50,0%	-	-
Moderado	8	14,5%	5	62,5%	-	-	9	39,1%	8	88,9%	-	-
Grave	1	1,8%	1	100%	-	-	3	13,0%	1	33,3%	-	-
4 meses												
Mínimo	31	67,4%	25	80,6%	-	-	10	50,0%	9	90,0%	-	-
Leve	8	17,4%	6	75,0%	-	-	4	20,0%	4	100%	-	-
Moderado	6	13,0%	4	66,7%	-	-	6	30,0%	4	66,7%	-	-
Grave	1	2,2%	1	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
5 meses												
Mínimo	34	79,1%	28	82,4%	-	-	9	52,9%	9	100%	-	-
Leve	6	14,0%	5	83,3%	-	-	6	35,3%	6	100%	-	-
Moderado	3	7,0%	2	66,7%	-	-	2	11,8%	2	100%	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 meses												
Mínimo	37	90,2%	29	78,4%	-	-	3	17,6%	3	100%	-	-
Leve	-	-	-	-	-	-	6	35,3%	6	100%	-	-
Moderado	1	2,4%	1	100%	-	-	8	47,1%	8	100%	-	-
Grave	3	7,3%	3	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
7 meses												
Mínimo	28	87,5%	22	78,6%	-	-	5	35,7%	5	100%	-	-
Leve	-	-	-	-	-	-	4	28,6%	4	100%	-	-
Moderado	-	-	-	-	-	-	4	28,6%	4	100%	-	-
Grave	4	12,5%	4	100%	-	-	1	7,1%	1	100%	-	-
8 meses												
Mínimo	18	90,0%	15	83,3%	-	-	12	100%	12	100%	-	-
Leve	2	10,0%	2	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9 meses												
Mínimo	17	100%	15	88,2%	-	-	12	100%	12	100%	-	-
Leve	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

5.5 Análise dos instrumentos de avaliação de estado afetivo e social

Em relação à avaliação de sintomas de depressão, através da **escala Beck**, inicialmente foram comparados os resultados gerais para a avaliação inicial e a última aplicação em cada sujeito, com o qual pode-se observar significativa diminuição na intensidade dos sintomas, principalmente entre os homens, como mostra a tabela a seguir.

Na população masculina a somatória dos escores Moderada/Grave e Grave na aplicação inicial foi de 28,2%, enquanto que na final foi de 0%. Na população feminina a diferença também foi muito evidente, sendo na aplicação inicial 57,5% e na final 9,7%, como pode ser visto na tabela abaixo. A principal diferença entre as duas populações é que no caso da feminina ainda aparecem sintomas mais intensos na aplicação final, enquanto que na masculina foi 0%.

Por outro lado chama à atenção a baixa taxa de sintomas de depressão com escores Moderada/Grave e Grave na população masculina na avaliação inicial (28,2%), já que segundo dados do II LENAD (LARANJEIRA, 2014), a incidência de sintomas depressivos em bebedores problemáticos é de 41,0%, enquanto que na população geral é 25,0%. Esta diferença pode estar associada ao fato de que a aplicação do instrumental acontece após o ingresso na CT, momento em que o indivíduo acabou de sair da exposição a diversos estímulos aversivos, como conflitos familiares, problemas com a justiça, dívidas com traficantes, entre outros. A interrupção da exposição a estes agentes aversivos pode atenuar os sintomas de ansiedade e depressão associados à situação anterior, e por este motivo, não aparecerem nesta primeira avaliação. No caso da população feminina isto pode não ter diminuído os sintomas depressivos no começo pelo fato de que esta população apresenta uma quantidade muito maior de demandas e agravos iniciais do que a masculina, assim como um nível de vulnerabilidade social muito maior (outros problemas de saúde; cuidado com filhos, muitas vezes abrigados; dependência

financeira do parceiro também usuário; prostituição; abuso sexual; maior incidência de comorbidades).

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 10 - Comparação dos resultados da escala Beck depressão entre a aplicação inicial e a final

	População masculina		População feminina	
	n	%	n	%
Inicial				
Nenhuma/Mínima	45	28,8%	10	25,0%
Leve/Moderada	67	42,9%	7	17,5%
Moderada/Grave	37	23,7%	19	47,5%
Grave	7	4,5%	4	10,0%
Final				
Nenhuma/Mínima	105	92,1%	20	64,5%
Leve/Moderada	9	7,9%	8	25,8%
Moderada/Grave	0	0%	2	6,5%
Grave	0	0%	1	3,2%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação aos escores da **escala Beck depressão** ao longo do processo, associados à alta terapêutica e ao abandono precoce, no **escore inicial** na população masculina o escore Grave foi o que apresentou maior frequência de **alta terapêutica** (42,9%) e na população feminina foi o escore Leve/Moderada (71,4%). Em relação ao **abandono precoce**, na população masculina o escore Grave foi o que apresentou maior frequência (100%), e na população feminina foi o Moderada/Grave (90,0%).

No **1º mês** houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima na população masculina (81,4%), e dos escores Nenhuma/Mínima (41,9%) e Leve/Moderada (41,9%) na população feminina. Em relação à **alta terapêutica**, em ambas as populações a maior frequência foi do escore Moderada/Grave (M 50,0%; F 75,0%). Já em relação ao **abandono precoce**, na população masculina a maior frequência foi do escore Leve/Moderada (90,0%) e na população feminina e escore Moderada/Grave (100%).

No **2º mês** houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 83,7%; F 68,0%). Em relação à **alta terapêutica**, na população masculina a maior frequência foi do escore Nenhuma/Mínima (56,1%) e na população feminina o escore Leve/Moderada (100%). Já em relação ao **abandono precoce**, na população masculina a maior

frequência foi do escore Moderada/Grave (80,0%) sendo que na população feminina não houve casos de abandono precoce.

No **3º mês** também houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 87,7%; F 92,0%). Em relação à **alta terapêutica**, na população masculina a maior frequência foi do escore Moderada/Grave (100%) e na população feminina o escore Leve/Moderada (100%). Já em relação ao **abandono precoce**, na população masculina somente houve dois casos com o escore Nenhuma/Mínima (10,0%) e não houve casos na população feminina. A partir desta aplicação não houve mais associação com o **abandono precoce**, já que as mesmas ocorreram depois do 3º mês, período que exclui a possibilidade deste tipo de abandono.

No **4º mês** também houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 93,2%; F 81,8%). Em relação à **alta terapêutica** houve frequência de 100% no escore Moderada/Grave em ambas as populações.

No **5º mês** também houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 87,5%; F 94,4%). Em relação à **alta terapêutica** houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima na população masculina (83,7%) e frequência de 100% nos escores Nenhuma/Mínima e Moderada/Grave na população feminina.

No **6º mês** também houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 92,2%; F 83,3%). Em relação à **alta terapêutica** houve frequência de 100% na população masculina nos escores Leve/Moderada e Moderada/Grave, e na população feminina em todos os escores, exceto no escore Grave, que não apresentou nenhum caso.

No **7º mês** também houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 97,3%; F 73,3%), havendo um aumento observável na frequência de escore maior na população feminina. Em relação à **alta terapêutica** houve frequência de 100% na população masculina no escore Leve/Moderada e na população feminina em todos os escores presentes (Nenhuma/Mínima e Moderada/Grave).

No **8º mês** também houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 91,7%; F 92,3%). Em relação à **alta terapêutica** houve frequência de 100% na população masculina no escore Leve/Moderada e na população feminina em todos os escores presentes (Nenhuma/Mínima e Leve/Moderada).

No **9º mês** também houve maior frequência do escore Nenhuma/Mínima em ambas as populações (M 100%; F 84,6%). Em relação à **alta terapêutica** houve frequência de 90,0% na população masculina no escore Nenhuma/Mínima e na população feminina em todos os escores, exceto no escore Grave, que não apresentou nenhum caso.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 11 - Resultados da escala Beck depressão, por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inicial												
Nenhuma/Mínima	45	28,8%	17	37,8%	18	64,3%	10	25,0%	3	30,0%	3	42,9%
Leve/Moderada	67	42,9%	24	35,8%	37	86,0%	7	17,5%	5	71,4%	1	50,0%
Moderada/Grave	37	23,7%	9	24,3%	24	85,7%	19	47,5%	9	47,4%	9	90,0%
Grave	7	4,5%	3	42,9%	4	100%	4	10,0%	1	25,0%	2	66,7%
1 mês												
Nenhuma/Mínima	92	81,4%	43	46,7%	32	65,3%	13	41,9%	8	61,5%	1	20,0%
Leve/Moderada	15	13,3%	5	33,3%	9	90,0%	13	41,9%	7	53,8%	4	66,7%
Moderada/Grave	6	5,3%	3	50,0%	1	33,3%	4	12,9%	3	75,0%	1	100%
Grave	-	-	-	-	-	-	1	3,2%	0	0%	0	0%
2 meses												
Nenhuma/Mínima	82	83,7%	46	56,1%	20	55,6%	17	68,0%	11	64,7%	0	0%
Leve/Moderada	2	2,0%	1	50,0%	0	0%	2	8,0%	2	100%	0	0%
Moderada/Grave	14	14,3%	4	28,6%	8	80,0%	6	24,0%	5	83,3%	0	0%
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 meses												
Nenhuma/Mínima	64	87,7%	44	68,8%	2	10,0%	23	92,0%	16	69,6%	-	-
Leve/Moderada	8	11,0%	6	75,0%	0	0%	2	8,0%	2	100%	-	-
Moderada/Grave	1	1,4%	1	100%	0	0%	-	-	-	-	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 meses												
Nenhuma/Mínima	55	93,2%	44	80,0%	-	-	18	81,8%	15	83,3%	-	-
Leve/Moderada	1	1,7%	0	0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderada/Grave	3	5,1%	3	100%	-	-	2	9,1%	2	100%	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	2	9,1%	1	50,0%	-	-
5 meses												
Nenhuma/Mínima	49	87,5%	41	83,7%	-	-	17	94,4%	17	100%	-	-
Leve/Moderada	2	3,6%	1	50,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderada/Grave	5	8,9%	4	80,0%	-	-	1	5,6%	1	100%	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6 meses												
Nenhuma/Mínima	47	92,2%	38	80,9%	-	-	15	83,3%	15	100%	-	-
Leve/Moderada	2	3,9%	2	100%	-	-	1	5,6%	1	100%	-	-
Moderada/Grave	2	3,9%	2	100%	-	-	2	11,1%	2	100%	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 meses												
Nenhuma/Mínima	36	97,3%	30	83,3%	-	-	11	73,3%	11	100%	-	-
Leve/Moderada	1	2,7%	1	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderada/Grave	-	-	-	-	-	-	4	26,7%	4	100%	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 meses												
Nenhuma/Mínima	22	91,7%	19	86,4%	-	-	12	92,3%	12	100%	-	-
Leve/Moderada	2	8,3%	2	100%	-	-	1	7,7%	1	100%	-	-
Moderada/Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 meses												
Nenhuma/Mínima	20	100%	18	90,0%	-	-	11	84,6%	11	100%	-	-
Leve/Moderada	-	-	-	-	-	-	1	7,7%	1	100%	-	-
Moderada/Grave	-	-	-	-	-	-	1	7,7%	1	100%	-	-
Grave	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação à escala IDATE (Traço e Estado), inicialmente foram comparados os resultados gerais para a avaliação inicial e a última aplicação em cada sujeito, com o qual pode-se observar significativa diminuição nos escores de ansiedade, principalmente entre os homens, como mostra a tabela a seguir. Considerando que esta escala não possui escore categorizado, a pontuação contínua, que varia de 20 a 80, foi dividida em 3 grupos: 20 a 40; 41 a 60; 61 a 80.

O escore para o **Traço de Ansiedade**, referindo-se este as “diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferença na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade” (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977, p. 32), apresentou grande diminuição na população masculina, havendo 71,8% de escore maior que 40 na aplicação inicial, e 12,9% na final. O mesmo não aconteceu na população feminina, na qual este escore não somente não apresentou redução, como sim apresentou leve aumento, tendo 79,5% de escore maior que 40 na aplicação inicial, e 83,8% na final.

O escore para o **Estado de Ansiedade**, referindo-se este a um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo” (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977, p. 31), apresentou grande diminuição, principalmente na população masculina, havendo 72,4% de escore maior que 40 na aplicação inicial, e 18,1% na final, e na população feminina 76,9% de escore maior que 40 na aplicação inicial, e 41,9% na final. A maior frequência de ansiedade na população feminina, como Traço e como Estado, já foi identificada anteriormente (FIORAVANTI, 2006).

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 12 - Comparação dos resultados da escala IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) entre a aplicação inicial e a final

	IDATE-T				IDATE-E			
	População masculina		População feminina		População masculina		População feminina	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inicial								
20 a 40	44	28,2%	8	20,5%	43	27,6%	9	23,1%
41 a 60	97	62,2%	22	56,4%	98	62,8%	22	56,4%
61 a 80	15	9,6%	9	23,1%	15	9,6%	8	20,5%
Final								
20 a 40	101	87,1%	5	16,1%	95	81,9%	18	58,1%
41 a 60	13	11,2%	25	80,6%	19	16,4%	12	38,7%
61 a 80	2	1,7%	1	3,2%	2	1,7%	1	3,2%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação aos escores da escala **IDATE Traço** ao longo do período, associados à alta terapêutica e ao abandono precoce, no **escore inicial** houve maior frequência do escore maior que 40 nas duas populações, sendo maior na população feminina (M 71,8%; F 79,5%), e havendo nesta maior frequência de escore maior que 60 (M 9,6%; F 23,1%). Em relação à **alta terapêutica**, na população masculina teve maior frequência o escore até 40 (47,7%) e na população feminina o escore maior que 60 (55,6%). O **abandono precoce** foi mais frequente no escore maior que 60 na população masculina (90,9%) e no escore de 41 a 60 na população feminina (81,8%).

No **1º mês** já pode ser observada a diminuição dos escores, havendo maior frequência do escore até 40 na população masculina (76,7%) e de 41 a 60 na população feminina (71,0%).

O escore maior que 60 caiu de 9,6% para 0,9% na população masculina e de 23,1% para 6,5% na população feminina. Em relação à **alta terapêutica**, a maior frequência foi nos escores de 10 a 40 e de 41 a 60 em ambas as populações (M 46,1% e 42,3%; F 57,1% e 59,1%). Já em relação ao **abandono precoce**, a distribuição na população masculina também se centrou nos escores até 60 (68,8% e 66,7%, desconsiderando o escore maior que 60 que teve apenas um caso), enquanto que na população feminina a maior frequência foi do escore 41 a 60 (55,6%).

No **2º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (80,8%) – assim como nos meses seguintes, e de forma crescente –, e do escore 41 a 60 na população feminina (72,0%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 41 a 60 na população masculina (55,6%) e no escore 20 a 40 na população feminina (85,7%). O **abandono precoce** ocorreu com mais frequência no escore 20 a 40 na população masculina (65,0%), não havendo nenhum caso na população feminina.

No **3º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (83,3%), e do escore 41 a 60 na população feminina (76,0%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 41 a 60 na população masculina (88,9%) e no escore 20 a 40 na população feminina (83,3%). Houve apenas um caso de **abandono precoce** na população masculina e nenhum caso na população feminina. A partir desta aplicação não houve mais associação com o **abandono precoce**, já que as mesmas ocorreram depois do 3º mês, período que exclui a possibilidade deste tipo de abandono.

No **4º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (84,7%), e do escore 41 a 60 na população feminina (68,2%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 20 a 40 em ambas as populações (M 82,0%; F 83,3%, descartando um único caso de escore maior que 60 na população feminina).

No **5º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (69,6%), e do escore 41 a 60 na população feminina (72,2%). Esta diminuição na crescente constante do menor escore para a população masculina, com o conseqüente aumento no escore 21 a 40 (28,6%), pode ter sido ocasionado pelo fato de que este é o período em que acontece o aumento na quantidade e duração das saídas, assim como das altas terapêuticas, o que pode ser considerado como fator ansiogênico. A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 20 a 40 na população masculina (84,6%) e, deste mês em diante, não houve mais desistências na população feminina, havendo, portanto, 100% de alta terapêutica.

No **6º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (84,3%), e do escore 41 a 60 na população feminina (82,4%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no

escore 20 a 40 na população masculina (83,7%, descartando um único caso de escore maior que 60), e absoluto na população feminina.

No **7º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (89,2%), e do escore 41 a 60 na população feminina (80,0%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 20 a 40 na população masculina (100%), e absoluto na população feminina.

No **8º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 em ambas as populações (M 95,8%; F 92,3%), sendo que houve apenas um caso de escore 41 a 60 para cada população. Na população masculina 87,0% teve **alta terapêutica** e 100% na população feminina.

No **9º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (95,0%), e do escore 41 a 60 na população feminina (69,2%), sendo que houve apenas um caso de escore 41 a 60 na população masculina. Na população masculina 89,5% teve **alta terapêutica** e 100% na população feminina.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 13 - Resultados da escala IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) Traço, por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inicial												
20 a 40	44	28,2%	21	47,7%	16	69,6%	8	20,5%	2	25,0%	2	33,3%
41 a 60	97	62,2%	28	28,9%	57	82,6%	22	56,4%	11	50,0%	9	81,8%
61 a 80	15	9,6%	4	26,7%	10	90,9%	9	23,1%	5	55,6%	3	75,0%
1 mês												
20 a 40	89	76,7%	41	46,1%	33	68,8%	7	22,6%	4	57,1%	1	33,3%
41 a 60	26	22,4%	11	42,3%	10	66,7%	22	71,0%	13	59,1%	5	55,6%
61 a 80	1	0,9%	0	0%	1	100%	2	6,5%	1	50,0%	0	0%
2 meses												
20 a 40	80	80,8%	40	50,0%	26	65,0%	7	28,0%	6	85,7%	-	-
41 a 60	18	18,2%	10	55,6%	2	25,0%	18	72,0%	12	66,7%	-	-
61 a 80	1	1,0%	1	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
3 meses												
20 a 40	60	83,3%	41	68,3%	1	5,3%	6	24,0%	5	83,3%	-	-
41 a 60	9	12,5%	8	88,9%	-	-	19	76,0%	13	68,4%	-	-
61 a 80	3	4,2%	2	66,7%	-	-	-	-	-	-	-	-

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4 meses												
20 a 40	50	84,7%	41	82,0%	-	-	6	27,3%	5	83,3%	-	-
41 a 60	9	15,3%	6	66,7%	-	-	15	68,2%	12	80,0%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	1	4,5%	1	100%	-	-
5 meses												
20 a 40	39	69,6%	33	84,6%	-	-	4	22,2%	4	100%	-	-
41 a 60	16	28,6%	13	81,3%	-	-	13	72,2%	13	100%	-	-
61 a 80	1	1,8%	-	-	-	-	1	5,6%	1	100%	-	-
6 meses												
20 a 40	43	84,3%	36	83,7%	-	-	3	17,6%	3	100%	-	-
41 a 60	7	13,7%	5	71,4%	-	-	14	82,4%	14	100%	-	-
61 a 80	1	2,0%	1	100%	-	-	-	-	-	-	-	-
7 meses												
20 a 40	33	89,2%	28	84,8%	-	-	3	20,0%	3	100%	-	-
41 a 60	3	8,1%	3	100%	-	-	12	80,0%	12	100%	-	-
61 a 80	1	2,7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 meses												
20 a 40	23	95,8%	20	87,0%	-	-	12	92,3%	12	100%	-	-
41 a 60	1	4,2%	1	100%	-	-	1	7,7%	1	100%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 meses												
20 a 40	19	95,0%	17	89,5%	-	-	3	23,1%	3	100%	-	-
41 a 60	1	5,0%	1	100%	-	-	9	69,2%	9	100%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	1	7,7%	1	100%	-	-

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação aos escores da escala **IDATE Estado** ao longo do período, associados à alta terapêutica e ao abandono precoce, no **escore inicial** houve maior frequência do escore maior que 40 nas duas populações, sendo maior na população feminina (M 72,4%; F 76,9%), e havendo nesta maior frequência de escore maior que 60 (M 9,6%; F 20,5%). Em relação à **alta terapêutica**, na população masculina teve maior frequência o escore até 40 (44,2%) e na população feminina o escore maior que 40 (50,0% nos dois grupos). O **abandono precoce** foi mais frequente no escore 41 a 60 na população masculina (86,6%) e no escore de 41 a 60 na população feminina (81,8%).

No **1º mês**, assim como com o Traço, já pode ser observada a diminuição dos escores, havendo maior frequência do escore até 40 na população masculina (74,8%) e de 41 a 60 na

população feminina (71,0%). O escore maior que 60 caiu de 9,6% para 0,9% na população masculina e de 20,5% para 3,2% na população feminina. Em relação à **alta terapêutica**, a maior frequência foi no escore 20 a 40 e 41 a 60 na população masculina (67,4% e 68,4%) e 41 a 60 na população feminina (59,1%). Já em relação ao **abandono precoce**, a distribuição na população masculina também se centrou nos escores até 60 (67,4% e 68,4%, desconsiderando o escore maior que 60 que teve apenas um caso), enquanto que na população feminina a maior frequência foi do escore 20 a 40 (50,0%).

No **2º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (79,6%), e do escore 41 a 60 na população feminina (76,0%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 41 a 60 na população masculina (70,6%) e no escore 20 a 40 na população feminina (83,3%). O **abandono precoce** ocorreu com mais frequência no escore 41 a 60 na população masculina (60,0%), não havendo nenhum caso na população feminina.

No **3º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (71,2%), e do escore 41 a 60 na população feminina (80,0%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 41 a 60 na população masculina (76,5%) e no escore 20 a 40 na população feminina (80,0%). Houve apenas um caso de **abandono precoce** na população masculina e nenhum caso na população feminina. A partir desta aplicação não houve mais associação com o **abandono precoce**, já que as mesmas ocorreram depois do 3º mês, período que exclui a possibilidade deste tipo de abandono.

No **4º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (65,5%), e do escore 41 a 60 na população feminina (54,5%). Esta diminuição na crescente constante do menor escore para a população masculina, que no Traço de ansiedade aconteceu no 5ª mês, e no Estado se estendeu até o 6º mês, com o conseqüente aumento no escore 21 a 40, pode ter sido ocasionado pelo fato de que o este é o período em que acontece o aumento na quantidade e duração das saídas, assim como das altas terapêuticas, o que pode ser considerado como fator ansiogênico. A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 41 a 60 na população masculina (84,2%) e nos escores até 60 na população feminina (83,3% nos dois grupos).

No **5º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 na população masculina (64,3%), e do escore 41 a 60 na população feminina (66,7%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 20 a 40 na população masculina (86,1%) e, deste mês em diante, não houve mais desistências na população feminina, havendo, portanto, 100% de alta terapêutica.

No **6º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 em ambas as populações (M 58,0%; F 82,4%). A **alta terapêutica** teve distribuição semelhante nos escores até 60 na população masculina (82,8% e 81,0%), e foi absoluto na população feminina.

No **7º mês** houve maior frequência do escore 20 a 40 em ambas as populações (M 88,9%; F 80,0%). A **alta terapêutica** foi mais frequente no escore 20 a 40 na população masculina (87,5%), e absoluto na população feminina.

No **8º mês** houve maior frequência do escore 41 a 60 na população masculina (83,3%), apresentando novamente aumento no Estado de ansiedade, e do escore 20 a 40 na população feminina (84,6%). Este foi o único momento em que o Estado de ansiedade da população feminina foi menor que o da população masculina. Na população masculina a maior frequência de **alta terapêutica** foi no escore 20 a 40 (100%), sendo de 100% na população feminina.

No **9º mês** a população masculina apresentou somente o escore 20 a 40, sendo 90,0% destes **alta terapêutica**. Na população masculina a maior frequência foi do escore 20 a 40 (84,6%), tendo 100% de **alta terapêutica**.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 14 - Resultados da escala IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) Estado, por período, separados por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inicial												
20 a 40	43	27,6%	19	44,2%	15	62,5%	9	23,1%	3	33,3%	2	33,3%
41 a 60	98	62,8%	31	31,6%	58	86,6%	22	56,4%	11	50,0%	9	81,8%
61 a 80	15	9,6%	3	20,0%	10	83,3%	8	20,5%	4	50,0%	3	75,0%
1 mês												
20 a 40	86	74,8%	43	50,0%	29	67,4%	8	25,8%	4	50,0%	2	50,0%
41 a 60	28	24,3%	9	32,1%	13	68,4%	22	71,0%	13	59,1%	4	44,4%
61 a 80	1	0,9%	0	0%	1	100%	1	3,2%	1	100%	-	-
2 meses												
20 a 40	74	79,6%	38	51,4%	19	52,8%	6	24,0%	5	83,3%	-	-
41 a 60	17	18,3%	12	70,6%	3	60,0%	19	76,0%	13	68,4%	-	-
61 a 80	2	2,2%	1	50,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
3 meses												
20 a 40	47	71,2%	34	72,3%	1	7,7%	5	20,0%	4	80,0%	-	-
41 a 60	17	25,8%	13	76,5%	-	-	20	80,0%	14	70,0%	-	-
61 a 80	2	3,0%	1	50,0%	-	-	-	-	-	-	-	-

(cont.)

(cont.)

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4 meses												
20 a 40	38	65,5%	31	81,6%	-	-	6	27,3%	5	83,3%	-	-
41 a 60	19	32,8%	16	84,2%	-	-	12	54,5%	10	83,3%	-	-
61 a 80	1	1,7%	0	0%	-	-	4	18,2%	3	75,0%	-	-
5 meses												
20 a 40	36	64,3%	31	86,1%	-	-	6	33,3%	6	100%	-	-
41 a 60	20	35,7%	15	75,0%	-	-	12	66,7%	12	100%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 meses												
20 a 40	29	58,0%	24	82,8%	-	-	14	82,4%	14	100%	-	-
41 a 60	21	42,0%	17	81,0%	-	-	3	17,6%	3	100%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 meses												
20 a 40	32	88,9%	28	87,5%	-	-	12	80,0%	12	100%	-	-
41 a 60	4	11,1%	2	50,0%	-	-	3	20,0%	3	100%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 meses												
20 a 40	4	16,7%	4	100%	-	-	11	84,6%	11	100%	-	-
41 a 60	20	83,3%	17	85,0%	-	-	2	15,4%	2	100%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 meses												
20 a 40	20	100%	18	90,0%	-	-	11	84,6%	11	100%	-	-
41 a 60	-	-	-	-	-	-	2	15,4%	2	100%	-	-
61 a 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação à **Escala de Apoio Social**, inicialmente foram comparados os resultados gerais para a avaliação inicial e a última aplicação em cada sujeito, com o qual pode-se observar grande aumento na taxa de resposta maior que 70%, principalmente entre os homens, sendo para estes a taxa inicial 65,2% e a final 90,0% (aumento de 24,8%), e para as mulheres a inicial de 75,0% e a final 84,2% (aumento de 9,2%). Este resultado é esperado, considerando que o processo terapêutico na CT se foca justamente no aumento dos fatores externos de proteção, o que contribui com o processo de reinserção social. Por outro lado o suporte social e familiar das mulheres é, de fato, mais frágil que a dos homens, o que também explica esta diferença de crescimento na taxa.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 15 - Comparação dos resultados da Escala de Apoio Social entre a aplicação inicial e a final

	População masculina		População feminina	
	n	%	n	%
Inicial				
até 50%	17	11,0%	2	5,0%
de 50,1% a 70%	37	23,9%	8	20,0%
de 70,1% a 90%	68	43,9%	20	50,0%
mais que 90%	33	21,3%	10	25,0%
Final				
até 50%	3	5,0%	1	5,3%
de 50,1% a 70%	3	5,0%	2	10,5%
de 70,1% a 90%	44	73,3%	11	57,9%
mais que 90%	10	16,7%	5	26,3%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação aos escores da **Escala de Apoio Social** ao longo do período, associados à alta terapêutica e ao abandono precoce, no **escore inicial** houve maior frequência de resposta entre 70% e 90% em ambas as populações (M 43,9%; F 50,0%). Na população masculina a **alta terapêutica** foi mais frequente no menor e maior escore (47,1% e 45,5%), e na feminina o escore entre 50% e 70% (75,0%). O **abandono precoce** na população masculina foi menor no escore menor (44,4%) e na população feminina, pelo contrário, foi menor no escore maior (25,0%), sendo esta a única aplicação passível de abandono precoce, considerando que as outras duas foram posteriores a 90 dias.

Na **2ª aplicação** as duas populações tiveram taxa do escore entre 70% e 90% (M 56,7%; F 47,4%) e a menor taxa de **alta terapêutica** foi no escore maior (M 75,0%; F 87,5%). A elevada taxa de alta terapêutica deve-se ao fato de que esta aplicação ocorreu após pelo menos 120 dias, momento em que a chance de abandono diminui significativamente.

Na **3ª aplicação**, ocorrida próxima à data de saída, as duas populações novamente tiveram taxa do escore entre 70% e 90% (M 76,7%; F 61,5%), e todos os sujeitos, com exceção de 3 homens, tiveram alta terapêutica.

Embora tenha-se mantido a taxa do escore entre 70% e 90% nas três aplicações, houve um aumento da taxa no escore de quase 75% na população masculina (de 43,9% para 76,7%) e de 23% na população feminina (de 50,0% para 61,5%), o que denota o ganho social decorrente

do processo terapêutico, tão necessário para a efetividade da reinserção social, meta específica do trabalho da CT.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 16 - Resultados da Escala de Apoio Social, por aplicação, separados por tipo de alta e tipo de abandono

	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inicial												
até 50%	17	11,0%	8	47,1%	4	44,4%	2	5,0%	1	50,0%	1	100%
de 50,1% a 70%	37	23,9%	15	40,5%	20	90,9%	8	20,0%	6	75,0%	1	50,0%
de 70,1% a 90%	68	43,9%	15	22,1%	43	81,1%	20	50,0%	5	25,0%	12	80,0%
mais que 90%	33	21,3%	15	45,5%	15	83,3%	10	25,0%	6	60,0%	1	25,0%
2ª Aplicação												
até 50%	5	8,3%	4	80,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
de 50,1% a 70%	5	8,3%	5	100%	-	-	2	10,5%	2	100%	-	-
de 70,1% a 90%	34	56,7%	27	79,4%	-	-	9	47,4%	9	100%	-	-
mais que 90%	16	26,7%	12	75,0%	-	-	8	42,1%	7	87,5%	-	-
3ª Aplicação												
até 50%	2	6,7%	2	100%	-	-	1	7,7%	1	100%	-	-
de 50,1% a 70%	2	6,7%	2	100%	-	-	2	15,4%	2	100%	-	-
de 70,1% a 90%	23	76,7%	20	87,0%	-	-	8	61,5%	8	100%	-	-
mais que 90%	3	10,0%	3	100%	-	-	2	15,4%	2	100%	-	-

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

5.6 Análise dos fatores associados ao abandono

Em relação às seis aplicações do **ACSP**, cabe lembrar que as questões 1 a 5 avaliam o nível de dificuldade na adaptação com a CT, as questões 6 a 12 avaliam a sensação de melhora, o que pode ser confundido com a melhora total e propiciar o abandono a través da estruturação das crenças disfuncionais e a questão 13 identifica o desejo expresso de abandono do tratamento.

Cabe lembrar também que na hipótese “H” a avaliação muito positiva em relação aos resultados obtidos com o andamento do tratamento foi considerada um fator de risco para o abandono e o abandono precoce.

Considerando estas questões, a resposta de risco seria escore baixo nas questões 1 a 5 e escore alto nas questões 6 a 12, contribuindo isto com a estruturação das crenças disfuncionais sobre a melhora total. Obviamente, esta mesma forma de resposta não significaria um risco, nem mesmo a estruturação de crença disfuncional, nas fases mais avançadas do programa.

Em relação à questão 13, considerando que o desejo de abandono é, geralmente, produto do impulso e não da reflexão, espera-se que a resposta seja baixa, já que o intervalo de tempo entre a estruturação da crença disfuncional, a estruturação da ideação de abandono e o abandono de fato, é curto, portanto a janela temporal de resposta positiva é também curta.

Para as **questões 1 a 5** a maior frequência de resposta foi, de fato, baixa em todas as aplicações, tendo maior frequência o escore até 25% em ambas as populações (M: 64,7%; 81,0%; 85,7%; 92,9%; 84,2%; 100,0%. F: 58,1%; 80,0%; 72,0%; 73,7%; 100,0%; 85,7%).

Para as **questões 6 a 12**, a população masculina apresentou um escore baixo (até 25%) nas primeiras 3 aplicações (37,9%; 39,0%; 30,0%), na 4ª praticamente se igualaram as frequências para todos os escores, na 5ª houve predomínio do escore entre 50% e 70% (44,7%) e na 6ª do escore maior que 75% (85,0%), o que demonstra que, em geral, a sensação de bem-estar acompanhou o desenvolvimento natural do processo.

Já na população feminina houve predomínio do escore baixo (até 25%) em todas as aplicações (45,2%; 60,0%; 64,0%; 42,1%; 56,3%) exceto na última, na qual o escore menor e o maior ficaram com a mesma frequência (35,7%).

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 17 - Distribuição das respostas do ACSP (Avaliação de Comportamentos, Sensações e Percepções) para as questões 1 a 12, agrupadas em duas categorias, de acordo com a variável observada, separadas por gênero

Nº	Quest.	até 25%		25,1% a 50%				50,1% a 75%				mais que 75%					
		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1 a 5	75	64,7%	18	58,1%	39	33,6%	8	25,8%	2	1,7%	4	12,9%	0	0%	0	0%
	6 a 12	44	37,9%	14	45,2%	26	22,4%	10	32,3%	32	27,6%	4	12,9%	14	12,1%	3	9,7%
2	1 a 5	81	81,0%	20	80,0%	16	16,0%	4	16,0%	3	3,0%	1	4,0%	0	0%	0	0%
	6 a 12	39	39,0%	15	60,0%	25	25,0%	8	32,0%	21	21,0%	2	8,0%	15	15,0%	0	0%
3	1 a 5	60	85,7%	18	72,0%	10	14,3%	6	24,0%	0	0%	1	4,0%	0	0%	0	0%
	6 a 12	21	30,0%	16	64,0%	22	31,4%	8	32,0%	14	20,0%	1	4,0%	13	18,6%	0	0%
4	1 a 5	52	92,9%	14	73,7%	4	7,1%	5	26,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6 a 12	15	26,8%	8	42,1%	10	17,9%	4	21,1%	15	26,8%	4	21,1%	13	23,2%	3	15,8%
5	1 a 5	32	84,2%	16	100%	6	15,8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6 a 12	8	21,1%	9	56,3%	4	10,5%	5	31,3%	17	44,7%	0	0%	9	23,7%	2	12,5%
6	1 a 5	20	100%	12	85,7%	0	0%	1	7,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6 a 12	1	5,0%	5	35,7%	0	0%	2	14,3%	2	10,0%	2	14,3%	17	85,0%	5	35,7%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação à **questão 13**, referente ao relato do desejo de abandono, na população masculina houve predomínio da resposta “0” em todas as aplicações (55,2%; 62,0%; 55,7%; 83,9%; 100%) exceto na 5ª, na qual ficou com a mesma frequência da resposta “1” (47,4%).

Já a população feminina teve predomínio de resposta “0” em todas as aplicações (68,0%; 72,0%; 47,4%; 68,8%; 100,0%) exceto na 1ª, na qual houve maior frequência da resposta “1” (48,4%).

A taxa do relato de não desejo de abandono em todas as aplicações, principalmente nas 3 primeiras – período de maior frequência de abandono – confirmam a hipótese de que este desejo se apresenta de forma impulsiva e tem curta duração, tendo como desfecho, na maior parte dos casos, o abandono de fato. Por este motivo se faz relevante um dos objetivos deste estudo, que é poder detectar precocemente os fatores que se associam ao abandono do tratamento, para poder realizar intervenções precoces, sendo estas potencialmente mais efetivas que as tardias.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 18 - Distribuição das respostas do ACSP (Avaliação de Comportamentos, Sensações e Percepções) para a questão 13, separadas por gênero

N°	0		1		2		3									
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
1	64	55,2%	10	32,3%	28	24,1%	15	48,4%	15	12,9%	3	9,7%	9	7,8%	3	9,7%
2	62	62,0%	17	68,0%	27	27,0%	6	24,0%	8	8,0%	0	0%	3	3,0%	2	8,0%
3	39	55,7%	18	72,0%	23	32,9%	5	20,0%	6	8,6%	0	0%	2	2,9%	2	8,0%
4	47	83,9%	9	47,4%	4	7,1%	6	31,6%	3	5,4%	1	5,3%	2	3,6%	3	15,8%
5	18	47,4%	11	68,8%	18	47,4%	5	31,3%	0	0%	0	0%	2	5,3%	0	0%
6	20	100%	14	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação ao **QARA**, que avalia as razões para o abandono, sendo aplicado no momento em que o mesmo acontece, a taxa de resposta foi significativa, sendo 93,4% (n=99) na população masculina e 76,0% (n=19) na população feminina.

As questões 1 a 5 tiveram maior frequência de resposta “0” nas duas populações (M 75,8%; F 68,4%). Já as questões 6 a 12 tiveram maior frequência de taxa de resposta maior a 75% nas duas populações (M 39,4%; F 84,2%). A população feminina só teve respostas acima da taxa de 50%, enquanto que as respostas da população masculina estiveram distribuídas entre todas as faixas de taxa de resposta, predominando as respostas com taxa acima de 50% (60,6%).

Estes resultados reproduzem o padrão de resposta utilizado para identificar o risco de abandono no ACSP, sendo este: baixa taxa de resposta SIM para as questões 1 a 5 e alta taxa de resposta SIM para as questões 6 a 12.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 19 - Distribuição das respostas do QARA (Questionário de Avaliação das Razões para o Abandono), agrupadas em duas categorias, de acordo com a variável observada, separadas por gênero

Questões	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
1 a 5				
0	75	75,8%	13	68,4%
até 25%	19	19,2%	5	26,3%
25,1% a 50%	4	4,0%	1	5,3%
50,1% a 75%	1	1,0%	0	0,0%
mais que 75%	0	0,0%	0	0,0%
6 a 12				
0	2	2,0%	0	0,0%
até 25%	10	10,1%	0	0,0%
25,1% a 50%	27	27,3%	0	0,0%
50,1% a 75%	21	21,2%	3	15,8%
mais que 75%	39	39,4%	16	84,2%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

A Tabela a seguir apresenta a taxa de resposta SIM para cada questão separadamente. Pode-se observar a distribuição de respostas nos dois grupos descritos (1 a 5; 6 a 12), sendo a frequência de SIM baixa para o primeiro grupo e alta para o segundo. Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

No primeiro grupo de questões (1 a 5), somente os homens relataram sentir vontade de usar álcool e/ou drogas (Q1 14,1%) e as mulheres tiveram maior resposta em relação à dificuldade para se adaptar aos companheiros (Q4 26,3%). Mesmo tendo tido respostas positivas, estas foram de baixa frequência, o que evidencia a já esperada boa adaptação à CT e ao programa, não sendo este o motivo do abandono apontado pela população. A média de resposta SIM para a população masculina foi de 6,1% e na população feminina de 7,4%, 21% maior que a taxa de resposta da população masculina.

No segundo grupo de questões (6 a 12) pode-se notar imediatamente a diferença de taxa de resposta, sendo esta muito maior para todas as questões e em ambas as populações. Há apenas um resposta com taxa menor que 50,0% (Q6 na população masculina, com 44,4%), sendo a média de resposta SIM da população masculina 64,2% e da população feminina 87,2%, quase 36% maior que a taxa de resposta da população masculina. Na população masculina as maiores taxas de resposta SIM foram nas questões 9 (75,8%), 11 (78,8%) e 12 (72,7%), e na população feminina as questões 6, 9 e 11, todas com 100% de resposta.

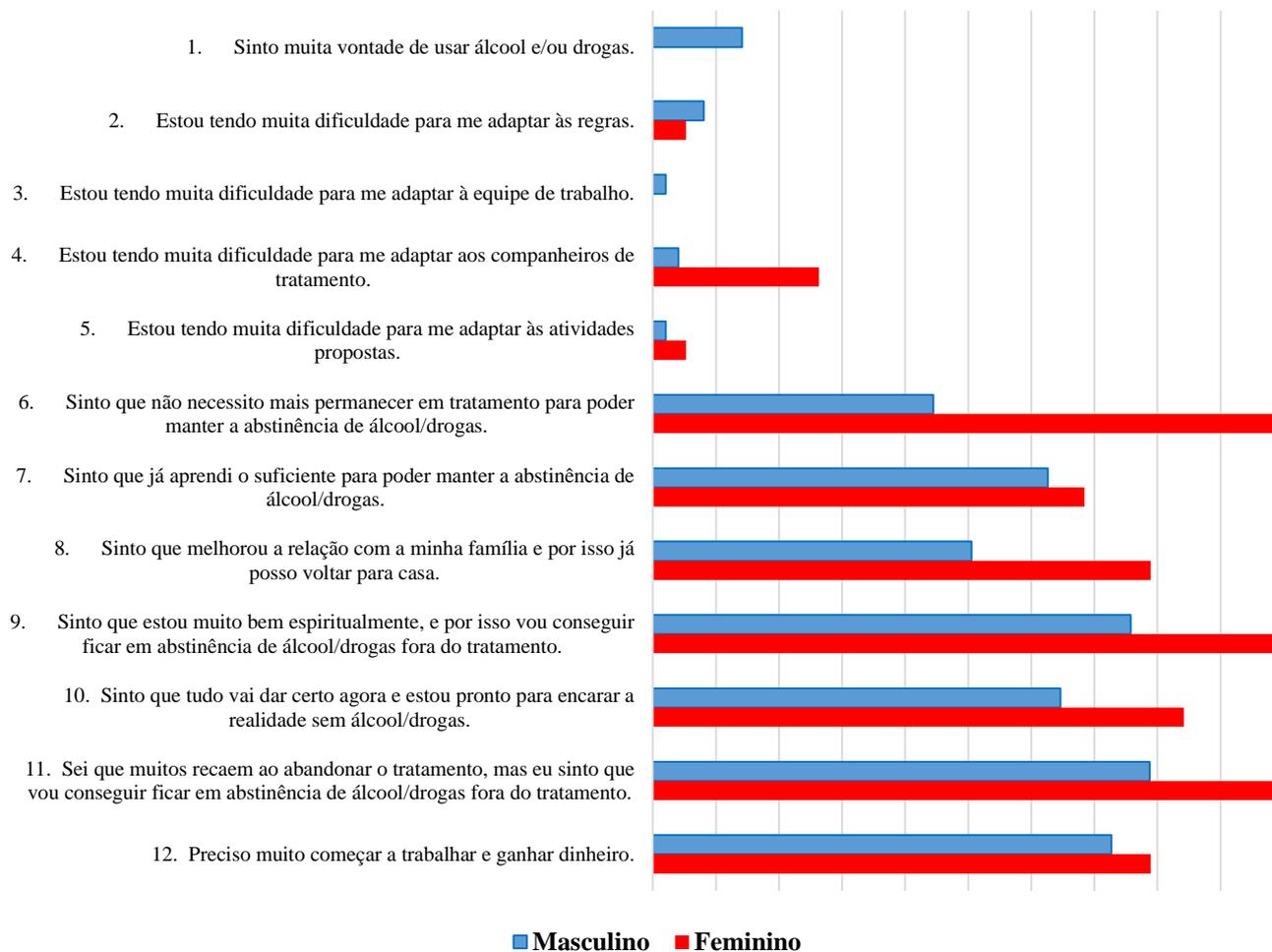
Tabela 20 - Respostas do QARA (Questionário de Avaliação das Razões para o Abandono) por gênero

Questões	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
1. Sinto muita vontade de usar álcool e/ou drogas.	14	14,1%	0	0,0%
2. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar às regras.	8	8,1%	1	5,3%
3. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar à equipe de trabalho.	2	2,0%	0	0,0%
4. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar aos companheiros de tratamento.	4	4,0%	5	26,3%
5. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar às atividades propostas.	2	2,0%	1	5,3%
6. Sinto que não necessito mais permanecer em tratamento para poder manter a abstinência de álcool/drogas.	44	44,4%	19	100,0%
7. Sinto que já aprendi o suficiente para poder manter a abstinência de álcool/drogas.	62	62,6%	13	68,4%
8. Sinto que melhorou a relação com a minha família e por isso já posso voltar para casa.	50	50,5%	15	78,9%
9. Sinto que estou muito bem espiritualmente, e por isso vou conseguir ficar em abstinência de álcool/drogas fora do tratamento.	75	75,8%	19	100,0%
10. Sinto que tudo vai dar certo agora e estou pronto para encarar a realidade sem álcool/drogas.	64	64,6%	16	84,2%
11. Sei que muitos recaem ao abandonar o tratamento, mas eu sinto que vou conseguir ficar em abstinência de álcool/drogas fora do tratamento.	78	78,8%	19	100,0%
12. Preciso muito começar a trabalhar e ganhar dinheiro.	72	72,7%	15	78,9%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

O Gráfico a seguir, no qual estão descritos os resultados obtidos para cada questão do QARA, evidencia mais claramente como o padrão de resposta da hipótese de risco de abandono (H) se manifesta.

Gráfico 5 - Respostas do QARA (Questionário de Avaliação das Razões para o Abandono) por gênero



Também foi realizada regressão logística multivariada com todas as variáveis incluídas neste estudo, buscando identificar quais destas se associavam significativamente ($p < 0,05$). Na Tabela abaixo se relacionam as variáveis que tiveram $p < 0,05$, em relação a abandono e abandono precoce, com $IC \neq 1$.

Tabela 21 - Modelo final de regressão logística multivariada para variáveis associadas ao abandono e abandono precoce do tratamento

Variável	Abandono				Abandono precoce			
	OR	IC95%		p	OR	IC95%		p
Ansiedade - autorrelato	7,82	1,04	58,67	0,046	27,58	2,25	338,78	0,010
Beck Depressão inicial escore: Grave					0,00	0,00	0,07	0,011
Beck Depressão inicial n	1,31	1,03	1,66	0,027				
CCQ-B inicial escore: Grave					0,02	0,00	0,67	0,028
CCQ-B inicial escore: Moderado					94,23	1,33	7,E+03	0,037
EAS inicial emocional n					1,77	1,02	3,07	0,044
EAS inicial geral n					0,60	0,38	0,95	0,029
EAS inicial informação n					1,78	1,07	2,95	0,026
Ideações suicidas - autorrelato	0,08	0,01	0,90	0,041	0,02	0,00	0,39	0,011
Problemas laborais	0,07	0,01	0,91	0,042				
SDS Cocaína total	1,56	1,10	2,21	0,012	1,52	1,05	2,21	0,026
Situação de rua					0,02	0,00	0,33	0,007
Tempo de uso - anos					1,22	1,01	1,48	0,036
Tentativas de suicídio - autorrelato	54,41	2,92	1015,31	0,007	29,78	1,08	820,18	0,045
Trabalhando antes da CT					9,41	1,34	66,22	0,024
Transtornos alimentares - autorrelato					0,00	0,00	0,66	0,039
Vive com companheiro	9,80	1,31	73,51	0,026	11,54	1,42	94,07	0,022

Para facilitar a compreensão destas associações, o Quadro a seguir expõe as mesmas de forma mais organizada.

Quadro 6 - Fatores de risco e de proteção para abandono e abandono precoce de acordo com o modelo final de regressão logística multivariada

Fatores de risco	
Ansiedade	Indivíduos que relataram terem sofrido de ansiedade tiveram quase 8 vezes mais chance de abandono e quase 30 vezes mais chance de abandono precoce
Beck Depressão inicial n	O aumento da pontuação no Beck Depressão inicial aumenta em 30% a chance de abandono.
CCQ-B inicial escore: Moderado	Indivíduos com escore moderado no CCQ-B inicial tiveram mais de 90 vezes mais chance de abandono precoce.
EAS inicial emocional n	O aumento da pontuação da Escala de Apoio Social inicial, tipo Emocional, aumenta em quase 80% a chance de abandono precoce.
EAS inicial informação n	O aumento da pontuação da Escala de Apoio Social inicial, tipo Informação, aumenta em quase 80% a chance de abandono precoce.
Tempo de uso - anos	O aumento do tempo de uso aumentou em mais de 20% a chance de abandono precoce.
Tentativas de suicídio	Indivíduos que relataram terem tido tentativas de suicídio tiveram mais de 50 vezes mais chance de abandono e quase 30 vezes mais chance de abandono precoce.
Trabalhando antes da CT	Indivíduos que estavam trabalhando antes de ingressar na CT tiveram quase 10 vezes mais chance de abandono precoce.
Vive com companheiro	Indivíduos casados ou amasiados tiveram quase 10 vezes mais chance de abandono e mais de 11 vezes mais chance de abandono precoce.
SDS Cocaína total	O aumento da pontuação do SDS cocaína aumenta em quase 60% a chance de abandono e em 50% a chance de abandono precoce.
Fatores de proteção	
Beck Depressão inicial escore: Grave	Indivíduos que tiveram escore grave no Beck depressão inicial tiveram menor chance de abandono precoce.
CCQ-B inicial escore: Grave	Indivíduos que tiveram escore grave no CCQ-B inicial tiveram quase 90% menor chance de abandono precoce.
EAS inicial geral n	O aumento da pontuação da Escala de Apoio Social inicial Geral diminui em 40% a chance de abandono precoce.
Ideações suicidas	Indivíduos que relataram terem tido ideações suicidas tiveram 9 vezes menos chance de abandono e quase 10 vezes menos chance de abandono precoce.
Problemas laborais	Indivíduos que relataram terem tido problemas laborais por causa da dependência química tiveram mais que 9 vezes menos chance de abandono.
Situação de rua	Indivíduos que relataram terem estado em situação de rua tiveram quase 10 vezes menos chance de abandono precoce.
Transtornos alimentares	Indivíduos que relataram terem tido transtornos alimentares tiveram menor chance de abandono precoce.

5.7 Análise dos resultados pós saída

Como já foi relatado, a população foi acompanhada por 12 meses após a saída da CT, através do instrumento QAEX, desenvolvido pelo autor desta pesquisa. Este instrumento foi aplicado de forma presencial ou telefônica, com o ex acolhido e com o familiar de referência, de acordo com a possibilidade de localização de cada um.

Para analisar a frequência da forma de contato e do familiar contactado, foi extraída a média das taxas de resposta dos 4 períodos de aplicação, conforme mostra a Tabela abaixo.

Como se pode observar, houve uma alta taxa de contato, considerando as duas modalidades (pessoal e telefônico), havendo maior taxa de contato com o familiar do que com o ex acolhido, principalmente na população masculina.

Na população masculina 56,2% dos acolhidos foram contactados, e 62,4% na população feminina. No caso dos familiares, na população masculina foram contactados 70,0% e na população feminina 67,1%.

Tabela 22 - Taxa total de resposta do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) por gênero

	Acolhido		Familiar	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Contato pessoal	22,2%	36,5%	30,2%	35,3%
Contato telefônico	34,0%	25,9%	39,8%	31,8%
Não encontrado	41,5%	35,3%	27,2%	30,6%
Preso	1,3%	-	1,2%	-
Falecido	1,0%	2,3%	1,4%	2,2%
Desaparecido	-	-	0,3%	0%

No geral, comparando a taxa de possibilidade de contato pós saída entre quem teve alta terapêutica e abandono precoce, pode-se perceber na Tabela abaixo, que a taxa de contato foi significativamente maior para a alta terapêutica, principalmente na população feminina.

Já a taxa de contato para alta terapêutica foi semelhante em ambas as populações.

Tabela 23 - Taxa de contato pós saída por sexo e tipo de saída

	Masculino		Feminino	
	Alta terapêutica	Abandono precoce	Alta terapêutica	Abandono precoce
Encontrado	81,6%	65,1%	80,6%	47,2%

Também foi analisada a taxa de resposta por período e por gênero dos ex acolhidos, no intuito de avaliar se durante o seguimento a taxa de não encontrados aumentaria de forma significativa, que não foi o que aconteceu, como mostram as Tabelas a seguir.

A taxa de não encontrados na população masculina foi de 40,3%, 41,5%, 40,9% e 43,4% nos quatro períodos, o que sugere que aqueles que foram encontrados no início do seguimento puderam ser acompanhados, de fato, durante o período inteiro.

Já na população feminina a taxa de não encontradas, nas 4 intervenções, foi de 37,2%, 34,9%, 37,2% e 31,7%, também com pouca variação, principalmente se for considerar a quantidade menor da amostra.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 24 - Taxa de resposta do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) pelos ex acolhidos, por período e gênero

Nº	3º mês		6º mês				9º mês				12º mês					
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pessoal	38	23,9%	16	37,2%	36	22,6%	15	34,9%	34	21,4%	15	34,9%	33	20,8%	17	39,0%
Telefônico	56	35,2%	10	23,3%	55	34,6%	12	27,9%	54	34,0%	11	25,6%	51	32,1%	12	26,8%
Não encontrado	64	40,3%	16	37,2%	66	41,5%	15	34,9%	65	40,9%	16	37,2%	69	43,4%	14	31,7%
Preso	0	0%	0	0%	1	0,6%	0	0%	3	1,9%	0	0%	3	1,9%	0	0%
Falecido	1	0,6%	1	2,3%	1	0,6%	1	2,3%	3	1,9%	1	2,3%	3	1,9%	1	2,4%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação ao seguimento dos familiares foi feita a mesma análise, e o resultado foi o mesmo. Na população masculina a taxa de não encontrados nas quatro aplicações foi de 23,9%, 24,5%, 24,5% e 25,2%. Já na população feminina foi de 27,9%, 30,2%, 32,6% e 31,7%.

Ressalta-se que os dados apresentados nesta Tabela não são produto de análise estatística, apenas apresentação descritiva da composição da amostra.

Tabela 25 - Taxa de resposta do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) pelos familiares, por período e gênero

Nº	3º mês				6º mês				9º mês				12º mês			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pessoal	53	33,3%	16	37,2%	49	30,8%	16	37,2%	48	30,2%	15	34,9%	49	30,8%	14	31,7%
Telefônico	67	42,1%	14	32,6%	67	42,1%	13	30,2%	65	40,9%	13	30,2%	63	39,6%	15	34,2%
Não encontrado	38	23,9%	12	27,9%	39	24,5%	13	30,2%	39	24,5%	14	32,6%	40	25,2%	14	31,7%
Preso	0	0%	0	0%	2	1,3%	0	0%	3	1,9%	0	0%	3	1,9%	0	0%
Falecido	1	0,6%	1	2,3%	2	1,3%	1	2,3%	3	1,9%	1	2,3%	3	1,9%	1	2,5%
Desaparecido	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6%	-	-	1	0,6%	-	-

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Em relação a quem foi o familiar contactado, a Tabela abaixo mostra a média das taxas das quatro aplicações, na qual a mãe foi o familiar mais contactado (M 25,7%; F 28,4%), depois de outros diversos (M 53,3%; F 61,2%). Chama à atenção que no caso da população feminina não foram contactados irmãos(ãs), namorados(as) ou filhos.

Tabela 26 - Familiar contactado no QAEX (Questionário de Avaliação Externa), por gênero

Contato	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Mãe	41	25,7%	12	28,4%
Pai	8	5,0%	3	6,9%
Irmã	5	3,3%	0	0%
Irmão	8	5,0%	0	0%
Namorada	5	3,3%	0	0%
Filha	5	3,3%	0	0%
Esposa(o)	1	0,8%	1	3,4%
Outro	85	53,3%	26	61,2%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Os resultados obtidos nas 4 aplicações, com os ex acolhidos e/ou com os familiares, foram agrupados em duas categorias: respostas 1 a 6; respostas 7 a 9. As questões 1 a 6 se referem a situações protetivas e de qualidade de vida (participação em grupos de apoio, grupos religiosos, grupos de estudo, trabalho remunerado, relacionamento com a família de origem e constituída), enquanto que as questões 7 a 9 se referem a situações de risco e de recidiva.

De forma semelhante ao que foi feito com a análise do ACSP e do QARA, as respostas destes dois grupos foram convertidas em taxa, somando os valores (de 0 a 3 para cada questão) e dividindo pelo máximo possível de cada grupo.

As respostas foram analisadas separadamente pelo relato dos ex acolhidos e dos familiares, e depois comparadas as respostas, por período de aplicação, para verificar a consistência das respostas. Esta comparação foi realizada calculando o desvio padrão das diferenças de resposta para cada grupo de respostas e para cada período de aplicação

Considerando que nenhum desvio padrão foi menor que a média, como mostra a Tabela abaixo, pode se considerar que as respostas dos ex acolhidos e dos familiares foram semelhantes, e assim foram unificadas por média, para facilitar a análise descritiva em relação aos resultados positivos (1 a 6) e negativos (7 a 9) pós saída.

Tabela 27 - Desvio padrão comparando as respostas do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) dos ex acolhidos e dos familiares, por agrupamento de respostas e período de aplicação

Aplicação	Questões Analisadas	Média	Mínimo	Máximo	DP
3º mês	1 a 6	-0,012963	-0,44444	0,166667	0,068604
	7 a 9	0,031481	-1,00000	1,000000	0,251227
6º mês	1 a 6	-0,016478	-0,38889	0,166667	0,069408
	7 a 9	0,039548	-1,00000	1,000000	0,229016
9º mês	1 a 6	-0,014976	-0,38889	0,166667	0,069155
	7 a 9	0,053140	-1,00000	1,000000	0,234711
12º mês	1 a 6	0,006944	-0,16667	0,277778	0,069206
	7 a 9	0,061508	-0,22222	1,000000	0,187378

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

A análise descritiva da aplicação do QAEX evidencia melhores resultados agrupando as questões 1 a 6 para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce, assim como piores resultados na questão 9 para o abandono precoce em relação à alta terapêutica, como mostra a Tabela a seguir.

Na **primeira aplicação (3º mês)** a taxa de qualidade de vida boa (resposta 2-3 nas questões 1 a 6) foi maior na alta terapêutica que no abandono precoce para a população masculina (AT 43,2%; AP 31,6%), já na população feminina foi maior no abandono precoce (AT 46,7%; AP 55,6%), porém no abandono precoce não houve nenhuma resposta 3. Cabe considerar também, tanto para este resultado assim como para os seguintes, o baixo número de sujeitos na população feminina, o que pode ser um fator confundidor nestes resultados.

Em relação à questão 9, que descreve o padrão de consumo de SPAs, a taxa de abstinência foi maior na alta terapêutica do que no abandono precoce na população masculina (AT 47,7%; AP 26,7%) e muito semelhante na população feminina (AT 73,3%; AP 77,8). Um dado interessante em relação a esta questão, e que se repete nas aplicações seguintes, é que as respostas se concentram nos valores 0 e 3 (abstinência e consumo muito frequente), havendo

poucas respostas de consumo em baixa frequência. Isto pode acontecer pelo fato da amostra estar composta preponderantemente por usuários de crack e alcoólicos em estágio avançado de dependência, características que contribuem com o insucesso das tentativas de consumo moderado ou não problemático.

Na **segunda aplicação (6º mês)**, a taxa de qualidade de vida boa foi maior na alta terapêutica também na população masculina (M AT 37,2%; AP 26,3%; F AT 40,0%; AP 62,5%), porém no abandono precoce feminino tampouco houve resposta 3, e a amostra tem um n pequeno.

Em relação à questão 9 a taxa de abstinência foi maior em ambas as populações (M AT 37,2%; AP 19,3%; F AT 66,7%; AP 62,5%), sendo na população feminina levemente maior.

Na **terceira aplicação (9º mês)**, a taxa de qualidade de vida boa foi maior na alta terapêutica também na população masculina (M AT 39,5%; AP 29,1%; F AT 42,9%; AP 62,5%), porém no abandono precoce feminino tampouco houve resposta 3, e a amostra tem um n pequeno.

Em relação à questão 9 a taxa de abstinência foi maior somente na população masculina (M AT 37,2%; AP 19,3%; F AT 66,7%; AP 62,5%).

Na **quarta aplicação (12º mês)**, a taxa de qualidade de vida boa foi semelhante na população masculina (AT 34,9%; AP 33,3%) e menor na alta terapêutica na população feminina (AT 46,2%; AP 75,0%), porém no abandono precoce feminino tampouco houve resposta 3, e a amostra tem um n pequeno.

Em relação à questão 9 a taxa de abstinência foi maior somente na população masculina (M AT 32,6%; AP 24,1%; F AT 53,8%; AP 75,0%).

Tabela 28 - Resultados da aplicação do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) durante 12 meses, agrupando as questões de qualidade de vida, comparados por alta terapêutica e abandono precoce

Aplicação Questões	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3º mês												
Quest. 1 a 6												
0	31	25,8%	8	18,2%	16	26,7%	3	10,0%	1	6,7%	0	0%
1	50	41,7%	17	38,6%	25	41,7%	14	46,7%	7	46,7%	4	44,4%
2	28	23,3%	10	22,7%	17	28,3%	10	33,3%	4	26,7%	5	55,6%
3	11	9,2%	9	20,5%	2	3,3%	3	10,0%	3	20,0%	0	0%

(cont.)

(cont.)

Aplicação Questões	População masculina						População feminina					
	Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quest. 9												
0	39	32,5%	21	47,7%	16	26,7%	19	63,3%	11	73,3%	7	77,8%
1	3	2,5%	0	0%	3	5,0%	1	3,3%	1	6,7%	0	0%
2	6	5,0%	1	2,3%	4	6,7%	0	0%	0	0%	0	0%
3	72	60,0%	22	50,0%	37	61,7%	10	33,3%	3	20,0%	2	22,2%
6º mês												
Quest. 1 a 6												
0	38	32,8%	12	27,9%	19	33,3%	4	13,8%	1	6,7%	1	12,5%
1	45	38,8%	15	34,9%	23	40,4%	13	44,8%	8	53,3%	2	25,0%
2	23	19,8%	7	16,3%	14	24,6%	11	37,9%	5	33,3%	5	62,5%
3	10	8,6%	9	20,9%	1	1,8%	1	3,4%	1	6,7%	0	0%
Quest. 9												
0	29	25,0%	16	37,2%	11	19,3%	16	55,2%	10	66,7%	5	62,5%
1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
2	4	3,4%	1	2,3%	2	3,5%	1	3,4%	1	6,7%	0	0%
3	83	71,6%	26	60,5%	44	77,2%	12	41,4%	4	26,7%	3	37,5%
9º mês												
Quest. 1 a 6												
0	38	33,3%	13	30,2%	17	30,9%	6	21,4%	2	14,3%	2	25,0%
1	42	36,8%	13	30,2%	22	40,0%	10	35,7%	6	42,9%	1	12,5%
2	22	19,3%	8	18,6%	13	23,6%	11	39,3%	5	35,7%	5	62,5%
3	12	10,5%	9	20,9%	3	5,5%	1	3,6%	1	7,1%	0	0%
Quest. 9												
0	29	25,4%	16	37,2%	12	21,8%	15	53,6%	8	57,1%	6	75,0%
1	0	0%	-	0%	0	0%	0	0%	-	0%	0	0%
2	5	4,4%	1	2,3%	4	7,3%	1	3,6%	1	7,1%	0	0%
3	80	70,2%	26	60,5%	39	70,9%	12	42,9%	5	35,7%	2	25,0%
12º mês												
Quest. 1 a 6												
0	40	35,4%	13	30,2%	19	35,2%	8	29,6%	3	23,1%	2	25,0%
1	39	34,5%	15	34,9%	17	31,5%	6	22,2%	4	30,8%	0	0%
2	21	18,6%	5	11,6%	15	27,8%	12	44,4%	5	38,5%	6	75,0%
3	13	11,5%	10	23,3%	3	5,6%	1	3,7%	1	7,7%	0	0%
Quest. 9												
0	28	24,8%	14	32,6%	13	24,1%	14	51,9%	7	53,8%	6	75,0%
1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	-	0%	0	0%
2	3	2,7%	1	2,3%	2	3,7%	1	3,7%	1	7,7%	0	0%
3	82	72,6%	28	65,1%	39	72,2%	12	44,4%	5	38,5%	2	25,0%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Já a análise descritiva da aplicação do QAEX, avaliando separadamente as questões referentes à qualidade de vida (1 a 6), evidencia melhores resultados para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce, principalmente na população masculina, como mostra a Tabela a seguir.

Na **Questão 1 – Participação em Grupos de apoio**, podem-se observar taxas maiores de escore elevado (2 e 3) para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce em todas as aplicações na população masculina, concluindo no 12º mês com uma taxa 300% maior (AT 23,3%, AP 7,4%). Já na população feminina a taxa foi maior para alta terapêutica na segunda e terceira aplicação, e menor na última (AT 23,1%, AP 37,5%). Cabe considerar também, tanto para este resultado como para os seguintes, o baixo número de sujeitos na população feminina, o que pode ser um fator confundidor nestes resultados.

Na **Questão 2 – Participação em grupos religiosos**, podem-se observar taxas maiores de escore elevado (2 e 3) para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce em todas as aplicações nas duas populações, concluindo no 12º mês com uma taxa 160% maior no escore elevado na população masculina (AT 30,2%; AP 18,5%) e 120% maior na população feminina (AT 61,5%; AP 50,0%).

Cabe destacar que, segundo os dados sociodemográficos, apenas 8,8% dos homens e 14,0% das mulheres frequentavam grupos religiosos pelo menos quinzenalmente, o que, após 12 meses, significa um aumento de quase 350% nos homens e de quase 450% nas mulheres, para quem teve alta terapêutica.

Na **Questão 3 – Participação em grupos de estudos**, podem-se observar taxas maiores de escore elevado (2 e 3) para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce em todas as aplicações na população masculina, sendo que nas duas últimas aplicações a diferença foi menor (12º mês: AT 11,6%; AP 9,3%). Já na população feminina as taxas maiores para alta terapêutica ocorreram nas duas primeiras aplicações, sendo menor nas duas últimas (12º mês: AT 23,1%; AP 37,5%).

Considerando que 0% da população estudava no momento do ingresso, é muito relevante o aumento desta taxa nas duas populações.

Em relação a esta questão, é evidente a relação protetiva de estar participando de alguma forma de educação formal, tanto pelo fato do indivíduo estar se esforçando por atingir um objetivo específico quanto pelo fator socializador dos grupos de estudo.

Na **Questão 4 – Trabalho remunerado**, podem-se observar taxas maiores de escore elevado (2 e 3) para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce em todas as aplicações apenas na população masculina, concluindo após 12 meses com uma taxa 13% maior (AT 44,2%; AP 38,9%).

A taxa de homens com alta terapêutica com taxa elevada nesta questão, após 12 meses, foi quase 150% maior (M 44,2%; F 30,8%).

Cabe destacar que, segundo os dados sociodemográficos coletados no ingresso, 80,3% dos homens e 66,7% das mulheres relataram ter tido problemas laborais por causa do uso de SPAs, e 76,2% dos homens e 63,9% das mulheres relataram estar desempregados por causa do uso de SPAs. Destes, 38,4% nos homens e 39,1% nas mulheres relataram estar desempregados há mais de 10 anos.

Também é claramente protetivo o fato do indivíduo ter condições de auto-sustento, assim como o de estar conseguindo manter o compromisso relacionado com o trabalho.

Na **Questão 5 – Relacionamento com família de origem**, podem-se observar taxas maiores de escore elevado (2 e 3) para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce em todas as aplicações na população masculina, em todas exceto na última na população feminina.

Após 12 meses a população masculina apresenta um aumento de 125% (AT 41,9%; AP 33,3%), e a população feminina taxas semelhantes (AT 46,2%; AP 50,0%).

Na **Questão 6 – Relacionamento com família constituída**, podem-se observar taxas maiores de escore elevado (2 e 3) para a alta terapêutica em relação ao abandono precoce em todas as aplicações em ambas as populações.

Após 12 meses a população masculina apresenta um aumento de 133% (AT 41,9%; AP 33,3%), e a população feminina de 123% (AT 46,2%; AP 37,5%).

Cabe destacar que, segundo os dados sociodemográficos coletados no ingresso, 93,9% dos homens e 94,4% das mulheres relataram ter tido problemas familiares por causa do uso de SPAs, sendo mais do que 10 vezes 80,4% para os homens e 85,3% para as mulheres.

Em relação às duas últimas questões, também é evidente o fator protetivo de manter um relacionamento satisfatório com a família de origem e constituída, sendo estas, geralmente, as pessoas de convivência.

Tabela 29 - Resultados da aplicação do QAEX (Questionário de Avaliação Externa) durante 12 meses, separando as questões de qualidade de vida, comparados por alta terapêutica e abandono precoce

Aplicação Questões	Escore	População masculina						População feminina					
		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quest. 1 Participação em Grupos de apoio													
3º mês	0 e 1	105	87,5%	34	77,3%	56	93,3%	22	73,3%	10	66,7%	6	66,7%
	2 e 3	15	12,5%	10	22,7%	4	6,7%	8	26,7%	5	33,3%	3	33,3%
6º mês	0 e 1	103	88,8%	33	76,7%	56	98,2%	24	85,7%	12	80,0%	7	87,5%
	2 e 3	13	11,2%	10	23,3%	1	1,8%	4	14,3%	3	20,0%	1	12,5%
9º mês	0 e 1	90	78,9%	29	67,4%	46	83,6%	16	57,1%	6	42,9%	5	62,5%
	2 e 3	24	21,1%	14	32,6%	9	16,4%	12	42,9%	8	57,1%	3	37,5%
12º mês	0 e 1	97	85,8%	33	76,7%	50	92,6%	21	77,8%	10	76,9%	5	62,5%
	2 e 3	16	14,2%	10	23,3%	4	7,4%	6	22,2%	3	23,1%	3	37,5%
Quest. 2 Participação em Grupos religiosos													
3º mês	0 e 1	97	80,8%	31	70,5%	50	83,3%	18	60,0%	7	46,7%	6	66,7%
	2 e 3	23	19,2%	13	29,5%	10	16,7%	12	40,0%	8	53,3%	3	33,3%
6º mês	0 e 1	95	81,9%	30	69,8%	50	87,7%	18	62,1%	8	53,3%	5	62,5%
	2 e 3	21	18,1%	13	30,2%	7	12,3%	11	37,9%	7	46,7%	3	37,5%
9º mês	0 e 1	90	78,9%	29	67,4%	46	83,6%	16	57,1%	6	42,9%	5	62,5%
	2 e 3	24	21,1%	14	32,6%	9	16,4%	12	42,9%	8	57,1%	3	37,5%
12º mês	0 e 1	89	78,8%	30	69,8%	44	81,5%	14	51,9%	5	38,5%	4	50,0%
	2 e 3	24	21,2%	13	30,2%	10	18,5%	13	48,1%	8	61,5%	4	50,0%
Quest. 3 Participação em grupos de estudos													
3º mês	0 e 1	113	94,2%	39	88,6%	58	96,7%	25	83,3%	11	73,3%	8	88,9%
	2 e 3	7	5,8%	5	11,4%	2	3,3%	5	16,7%	4	26,7%	1	11,1%
6º mês	0 e 1	110	94,8%	39	90,7%	55	96,5%	24	82,8%	11	73,3%	7	87,5%
	2 e 3	6	5,2%	4	9,3%	2	3,5%	5	17,2%	4	26,7%	1	12,5%
9º mês	0 e 1	104	91,2%	38	88,4%	50	90,9%	21	75,0%	10	71,4%	5	62,5%
	2 e 3	10	8,8%	5	11,6%	5	9,1%	7	25,0%	4	28,6%	3	37,5%
12º mês	0 e 1	103	91,2%	38	88,4%	49	90,7%	21	77,8%	10	76,9%	5	62,5%
	2 e 3	10	8,8%	5	11,6%	5	9,3%	6	22,2%	3	23,1%	3	37,5%

(cont.)

(cont.)

Aplicação Questões	Escore	População masculina						População feminina						
		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		Total		Alta terapêutica		Abandono precoce		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Quest. 4 Trabalho remunerado														
	3º mês	0 e 1	65	54,2%	20	45,5%	34	56,7%	14	46,7%	7	46,7%	3	33,3%
		2 e 3	55	45,8%	24	54,5%	26	43,3%	16	53,3%	8	53,3%	6	66,7%
6º mês	0 e 1	70	60,3%	23	53,5%	37	64,9%	17	58,6%	9	60,0%	4	50,0%	
	2 e 3	46	39,7%	20	46,5%	20	35,1%	12	41,4%	6	40,0%	4	50,0%	
9º mês	0 e 1	72	63,2%	23	53,5%	37	67,3%	17	60,7%	9	64,3%	4	50,0%	
	2 e 3	42	36,8%	20	46,5%	18	32,7%	11	39,3%	5	35,7%	4	50,0%	
12º mês	0 e 1	69	61,1%	24	55,8%	33	61,1%	19	70,4%	9	69,2%	5	62,5%	
	2 e 3	44	38,9%	19	44,2%	21	38,9%	8	29,6%	4	30,8%	3	37,5%	
Quest. 5 Relacionamento com família de origem														
	3º mês	0 e 1	80	66,7%	23	52,3%	42	70,0%	19	63,3%	8	53,3%	6	66,7%
		2 e 3	40	33,3%	21	47,7%	18	30,0%	11	36,7%	7	46,7%	3	33,3%
6º mês	0 e 1	81	69,8%	26	60,5%	41	71,9%	18	62,1%	8	53,3%	5	62,5%	
	2 e 3	35	30,2%	17	39,5%	16	28,1%	11	37,9%	7	46,7%	3	37,5%	
9º mês	0 e 1	82	71,9%	26	60,5%	41	74,5%	19	67,9%	8	57,1%	6	75,0%	
	2 e 3	32	28,1%	17	39,5%	14	25,5%	9	32,1%	6	42,9%	2	25,0%	
12º mês	0 e 1	75	66,4%	25	58,1%	36	66,7%	15	55,6%	7	53,8%	4	50,0%	
	2 e 3	38	33,6%	18	41,9%	18	33,3%	12	44,4%	6	46,2%	4	50,0%	
Quest. 6 Relacionamento com família constituída														
	3º mês	0 e 1	80	66,7%	23	52,3%	42	70,0%	17	56,7%	4	30,8%	6	66,7%
		2 e 3	40	33,3%	21	47,7%	18	30,0%	13	43,3%	9	69,2%	3	33,3%
6º mês	0 e 1	81	69,8%	26	60,5%	41	71,9%	17	58,6%	7	46,7%	5	62,5%	
	2 e 3	35	30,2%	17	39,5%	16	28,1%	12	41,4%	8	53,3%	3	37,5%	
9º mês	0 e 1	82	71,9%	26	60,5%	41	74,5%	19	67,9%	8	57,1%	6	75,0%	
	2 e 3	32	28,1%	17	39,5%	14	25,5%	9	32,1%	6	42,9%	2	25,0%	
12º mês	0 e 1	77	68,1%	25	58,1%	37	68,5%	17	63,0%	7	53,8%	5	62,5%	
	2 e 3	36	31,9%	18	41,9%	17	31,5%	10	37,0%	6	46,2%	3	37,5%	

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

Foi também analisada a relação entre o consumo de substâncias (QAEX item 9) e os indicadores de qualidade de vida (QAEX 1-6 = 2-3), no intuito de verificar se existem distribuições diferentes nestes indicadores de acordo com a frequência de consumo relatada.

Observando a tabela abaixo pode-se conferir que há taxa muito maior de qualidade de vida alta para quem se manteve em abstinência, sendo, na população masculina, observa-se um aumento de mais de 400%. Já na população feminina a qualidade de vida alta para que não se encontrava em abstinência foi de 0%.

É interessante observar que não houve casos de consumo pouco frequente, exceto um único caso na população masculina na primeira aplicação.

Isto sugere a importância da manutenção da abstinência no processo pós tratamento, no que diz respeito à manutenção da qualidade de vida.

Porém, isto também levanta outro questionamento, já que existem relatos e evidências de indivíduos que conseguem fazer uso de SPAs de forma regular sem, por isto, sofrer prejuízos em sua qualidade de vida.

A hipótese para esta questão é a substância de consumo e o nível de gravidade da dependência da população estudada, que está composta por 85,5% de usuários de crack na população masculina e 95,4% na feminina, sendo que 75,5% da população masculina há mais de 10 anos, e 67,4% da feminina.

86,1% dos homens e 75,6% das mulheres apresentaram escore elevado para dependência de cocaína/crack (SDS). 81,7% dos homens usuários de álcool e 80,8% das mulheres, apresentaram escore elevado de gravidade da dependência (SADD).

Usuários de crack que já tenham desenvolvido dependência grave dificilmente conseguem retomar o consumo de forma não problemática, assim como os alcoolistas em estágio avançado. Porém não será desenvolvida aqui esta hipótese, considerando que não é objeto deste estudo.

Tabela 30 - Relação entre frequência de consumo de SPAs e indicadores elevados de qualidade de vida

Frequência de consumo	População Masculina		População Feminina	
	n	%	n	%
3º Mês				
Abstinência	32	27%	13	43%
Pouco Frequente	1	1%	0	0%
Muito Frequente	6	5%	0	0%
6º Mês				
Abstinência	25	22%	12	41%
Pouco Frequente	0	0%	0	0%
Muito Frequente	8	7%	0	0%
9º Mês				
Abstinência	28	25%	12	43%
Pouco Frequente	0	0%	0	0%
Muito Frequente	6	5%	0	0%
12º Mês				
Abstinência	26	23%	13	48%
Pouco Frequente	0	0%	0	0%
Muito Frequente	8	7%	0	0%

*n total: 202 sujeitos – 159 homens e 43 mulheres

5.8 Análise multivariada dos resultados pós saída

A regressão logística multivariada para o QAEX, considerando desfecho bom (questões 1 a 6), apresentada na Tabela a seguir, evidenciou diversas associações ao mesmo, como por exemplo:

- a. quem teve alta terapêutica teve quase 2,5 vezes mais chance de desfecho bom;
- b. ao aumentar uma categoria na escolaridade se aumenta em mais de 2 vezes a chance de desfecho bom;
- c. a população feminina teve 80% maior chance desfecho bom;
- d. quem estava utilizando medicação psicoativa no ingresso na CT teve quase 3 vezes mais chance de desfecho bom.

Tabela 31 - Modelo final de regressão logística multivariada para variáveis associadas ao desfecho bom (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa) pós saída.

Variáveis	OR	IC95%		p
Conclusão	2,457	1,254	4,812	0,009
Escolaridade	2,098	1,148	3,833	0,016
Gênero	0,203	0,078	0,527	0,001
Utilização de medicação psicoativa	2,710	1,027	7,154	0,044

Estes resultados confirmam algumas das hipóteses propostas neste estudo.

a. Confirma a hipótese principal: melhor desfecho pós tratamento para quem recebe alta terapêutica.

Este resultado tem relevância central neste estudo, já que evidencia que a exposição completa ao processo terapêutico completo aumenta a chance de eficácia.

Isto demonstra que a proposta terapêutica da CT foi eficaz, já que quando o indivíduo é exposto ao processo terapêutico completo, apresenta resultado.

Cabe ressaltar que isto não significa a validação da eficácia de qualquer local que se autodenomine CT, mas sim daquelas verdadeiras CTs que apresentem projetos terapêuticos consistentes – como os das duas CTs deste estudo –, assim como características essenciais de CT, como as descritas anteriormente.

b. Confirma a hipótese d: pior desfecho para menor escolaridade.

Considerando que o modelo de intervenção da CT supõe uma participação ativa do sujeito em todo o processo, buscando o empoderamento, autoeficácia e aumento do repertório comportamental, ou seja, um processo de aprendizagem, indivíduos com maior escolaridade estariam mais suscetíveis a compreender de forma mais profunda o sentido do processo como um todo e, portanto, a se apropriar destes recursos.

De Leon et al. (1994) afirmam que no processo de adesão e melhora na CT, a capacidade de compreender e atribuir significado ao processo terapêutico é essencial para o desfecho positivo.

c. Nega a **hipótese a: pior desfecho para mulheres.**

Em relação a este resultado, pode-se fazer referência à explicação constante na seção 5.1 *Análise de composição da amostra*, na qual se explica como a amostra da população masculina sofreu variações por causa do ingresso de indivíduos provindos da cracolândia, e como isto não aconteceu na população feminina, enviesando, de certa forma, esta diferença de resultado entre as duas populações.

d. Confirma parcialmente a **hipótese e: pior desfecho para comorbidades.**

Embora este resultado não se refira especificamente à presença de comorbidades, já que a variável aponta para os casos que se encontravam em tratamento medicamentoso no ingresso na CT, pode-se considerar que estes indivíduos possuem mais chance de se tratar de casos de comorbidades. Considerando que existe uma grande taxa de comorbidades entre os usuários problemáticos de SPAs, pode-se inferir que estes indivíduos podem ser casos de comorbidades já em tratamento medicamentoso, e que, por isto, poderiam apresentar melhor desfecho que os outros.

5.8.1 Modelo 1

No Modelo 1 foi analisada a **associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química e outras com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6).**

Como pode-se observar nas tabelas abaixo, apenas houve associação estatística para $p < 0,05$ no consumo no 9º mês pós saída, na análise da série geral e em todas as séries, exceto na referente à questão 4.

Esta associação apenas sugere que o consumo frequente no 9º mês pós saída é indicador de pior desfecho no 12º mês pós saída, o que não agrega nenhuma informação de grande relevância.

Tabela 32 - Modelo 1 - Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e QAEX (Questionário de Avaliação Externa) bom geral (1-6)

Variáveis	OR	IC95%	p	
Sexo	1,90	0,63	5,72	0,257
Idade	0,97	0,88	1,07	0,517
Droga de uso	186181,05	0,00		0,996
Tempo de uso	1,04	0,94	1,14	0,461
Trabalhando no ingresso	0,60	0,23	1,58	0,303
Escolaridade	1,03	0,40	2,66	0,951
Uso de medicação psicoativa	1,04	0,42	2,57	0,935
DQs na família	2,56	0,76	8,59	0,128
Tratamentos anteriores (sim/não)	0,96	0,39	2,35	0,928
Comportamento violento	1,59	0,51	4,97	0,424
Religião	0,43	0,13	1,39	0,158
Prática religiosa	0,59	0,12	2,85	0,516
CCQB geral*	1,17	0,52	2,64	0,703
Escala de apoio social *	268492,27	0,00		0,984
Beck depressão*	2,69	0,17	43,41	0,485
IDATE traço*	1,63	0,56	4,74	0,372
IDATE estado*	0,37	0,04	3,73	0,401
Consumo no 3º mês	0,77	0,33	1,78	0,542
Consumo no 6º mês	0,69	0,28	1,66	0,404
Consumo no 9º mês	0,35	0,17	0,69	0,003

*última aplicação

Tabela 33 - Modelo 1.1 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 1 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa)

Variáveis	OR	IC95%	p
Sexo	2,27	0,47 10,84	0,305
Idade	1,05	0,91 1,21	0,489
Droga de uso	41163,60	0,00	0,994
Tempo de uso	0,94	0,82 1,07	0,320
Trabalhando no ingresso	0,53	0,13 2,26	0,392
Escolaridade	2,17	0,63 7,44	0,218
Uso de medicação psicoativa	1,36	0,31 6,05	0,684
DQs na família	1,91	0,31 11,93	0,487
Tratamentos anteriores (sim/não)	1,81	0,46 7,13	0,398
Comportamento violento	0,66	0,18 2,45	0,532
Religião	1,69	0,25 11,54	0,593
Prática religiosa	0,60	0,07 5,33	0,650
CCQB geral*	0,28	0,07 1,19	0,084
Escala de apoio social *	14241861,40	0,00	0,963
Beck depressão*	51698,69	0,00 -	,0960
IDATE traço*	1,04	0,28 3,90	0,954
IDATE estado*	0,00	0,00 -	0,960
Consumo no 3º mês	0,85	0,29 2,50	0,761
Consumo no 6º mês	1,49	0,44 5,01	0,518
Consumo no 9º mês	0,19	0,07 0,57	0,003

*última aplicação

Tabela 34 - Modelo 1.2 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 2 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa)

Variáveis	OR	IC95%	p
Sexo	1,25	0,42 - 3,75	0,692
Idade	1,05	0,96 - 1,15	0,306
Droga de uso	4409,46	0,00	0,986
Tempo de uso	0,94	0,86 - 1,02	0,137
Trabalhando no ingresso	0,60	0,21 - 1,67	0,324
Escolaridade	1,71	0,68 - 4,30	0,250
Uso de medicação psicoativa	1,96	0,71 - 5,43	0,195
DQs na família	1,65	0,54 - 5,07	0,383
Tratamentos anteriores (sim/não)	1,15	0,43 - 3,06	0,785
Comportamento violento	0,42	0,12 - 1,40	0,155
Religião	0,79	0,22 - 2,76	0,708
Prática religiosa	1,02	0,24 - 4,30	0,976
CCQB geral*	0,54	0,22 - 1,32	0,179
Escala de apoio social *	0,81	0,09 - 7,23	0,848
Beck depressão*	0,63	0,06 - 6,46	0,697
IDATE traço*	1,69	0,58 - 4,91	0,337
IDATE estado*	2,09	0,37 - 11,73	0,401
Consumo no 3º mês	0,54	0,26 - 1,12	0,096
Consumo no 6º mês	1,44	0,66 - 3,14	0,358
Consumo no 9º mês	0,36	0,18 - 0,73	0,005

*última aplicação

Tabela 35 - Modelo 1.3 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 3 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa)

Variáveis	OR	IC95%		p
Sexo	3,83	0,53	27,81	0,184
Idade	0,98	0,84	1,13	0,745
Droga de uso	1007,52	0,00		0,997
Tempo de uso	0,97	0,85	1,10	0,642
Trabalhando no ingresso	0,73	0,15	3,61	0,700
Escolaridade	2,17	0,46	10,19	0,325
Uso de medicação psicoativa	1,06	0,19	5,84	0,944
DQs na família	2,93	0,35	24,70	0,323
Tratamentos anteriores (sim/não)	0,50	0,13	1,94	0,318
Comportamento violento	0,99	0,16	6,35	0,995
Religião	0,92	0,11	7,95	0,938
Prática religiosa	0,22	0,01	3,87	0,302
CCQB geral*	1,07	0,31	3,65	0,912
Escala de apoio social *	25100535,27	0,00		0,968
Beck depressão*	3853,27	0,00	-	0,975
IDATE traço*	2,24	0,41	12,11	0,349
IDATE estado*	0,00	0,00	-	0,967
Consumo no 3º mês	0,19	0,04	0,98	0,047
Consumo no 6º mês	4,25	0,86	21,04	0,077
Consumo no 9º mês	0,08	0,01	0,57	0,012

*última aplicação

Tabela 36 - Modelo 1.4 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 4 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa)

Variáveis	OR	IC95%		p
Sexo	1,68	0,63	4,49	0,299
Idade	1,01	0,94	1,08	0,848
Droga de uso	46776,28	0,00		0,981
Tempo de uso	0,99	0,93	1,06	0,834
Trabalhando no ingresso	1,19	0,62	2,29	0,608
Escolaridade	1,49	0,77	2,87	0,234
Uso de medicação psicoativa	0,80	0,39	1,66	0,556
DQs na família	1,09	0,55	2,19	0,798
Tratamentos anteriores (sim/não)	0,89	0,45	1,76	0,744
Comportamento violento	0,79	0,35	1,79	0,569
Religião	0,82	0,38	1,77	0,618
Prática religiosa	0,94	0,29	3,05	0,918
CCQB geral*	0,86	0,44	1,68	0,650
Escala de apoio social *	3,17	0,42	24,11	0,265
Beck depressão*	0,82	0,14	4,64	0,820
IDATE traço*	0,95	0,40	2,23	0,905
IDATE estado*	1,37	0,36	5,17	0,647
Consumo no 3º mês	0,73	0,44	1,21	0,223
Consumo no 6º mês	1,10	0,61	1,96	0,758
Consumo no 9º mês	0,71	0,45	1,11	0,137

*última aplicação

Tabela 37 - Modelo 1.5 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 5 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa)

Variáveis	OR	IC95%	p	
Sexo	1,54	0,61	3,91	0,365
Idade	0,98	0,91	1,06	0,612
Droga de uso	7384,34	0,00	-	0,978
Tempo de uso	1,00	0,93	1,07	0,986
Trabalhando no ingresso	0,98	0,48	2,00	0,956
Escolaridade	0,93	0,43	2,01	0,858
Uso de medicação psicoativa	1,02	0,48	2,17	0,962
DQs na família	1,09	0,49	2,43	0,829
Tratamentos anteriores (sim/não)	1,08	0,52	2,21	0,843
Comportamento violento	1,76	0,73	4,22	0,208
Religião	0,94	0,38	2,29	0,887
Prática religiosa	0,56	0,17	1,91	0,356
CCQB geral*	1,38	0,70	2,70	0,352
Escala de apoio social *	2,40	0,27	21,30	0,431
Beck depressão*	2,61	0,36	18,85	0,342
IDATE traço*	0,84	0,33	2,10	0,704
IDATE estado*	0,68	0,11	4,10	0,671
Consumo no 3º mês	0,84	0,48	1,46	0,535
Consumo no 6º mês	0,65	0,36	1,20	0,170
Consumo no 9º mês	0,57	0,36	0,91	0,018

*última aplicação

Tabela 38 - Modelo 1.6 Associação entre características sociodemográficas, saúde, dependência química, etc. e questão 6 do QAEX (Questionário de Avaliação Externa)

Variáveis	OR	IC95%	p	
Sexo	1,68	0,64	4,45	0,295
Idade	0,98	0,90	1,06	0,564
Droga de uso	9151,41	0,00	-	0,979
Tempo de uso	1,02	0,95	1,10	0,550
Trabalhando no ingresso	1,50	0,75	3,02	0,254
Escolaridade	1,10	0,49	2,44	0,816
Uso de medicação psicoativa	0,84	0,38	1,85	0,658
DQs na família	0,90	0,39	2,05	0,795
Tratamentos anteriores (sim/não)	1,04	0,49	2,24	0,910
Comportamento violento	1,54	0,62	3,81	0,355
Religião	1,03	0,40	2,69	0,947
Prática religiosa	0,78	0,25	2,49	0,679
CCQB geral*	1,42	0,71	2,85	0,324
Escala de apoio social *	1,01	0,19	5,42	0,995
Beck depressão*	2,03	0,29	14,32	0,476
IDATE traço*	1,21	0,49	2,95	0,680
IDATE estado*	0,56	0,10	3,04	0,505
Consumo no 3º mês	0,91	0,50	1,66	0,769
Consumo no 6º mês	0,62	0,32	1,21	0,162
Consumo no 9º mês	0,52	0,31	0,88	0,014

*última aplicação

5.8.2 Modelo 2

No Modelo2 foi analisada a **associação entre o tipo de saída (abandono/conclusão) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6)**.

Como pode-se observar na tabela abaixo, o OR foi significativo para a conclusão em todas as questões:

- 95% maior chance de desfecho bom **Geral** para quem teve alta terapêutica;
- 2,52 maior participação em **Grupos de apoio** para quem teve alta terapêutica;
- 2,27 maior participação em **grupos religiosos** para quem teve alta terapêutica;
- 83% vezes maior participação em **grupos de estudo** para quem teve alta terapêutica;
- 19% vezes maior chance de **trabalho remunerado** para quem teve alta terapêutica;
- 27% vezes maior chance de **relacionamento satisfatório com família de origem** para quem teve alta terapêutica;
- 45% vezes maior chance de **relacionamento satisfatório com família constituída** para quem teve alta terapêutica.

Houve associação estatística para $p < 0,05$ na **participação em grupos religiosos** ($p=0,029$) e quase na **participação em Grupos de apoio** ($p=0,055$).

Tabela 39 - Associação entre o tipo de saída (abandono/conclusão) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa)

Questões	OR	IC95%	p
Geral	1,953	0,963 3,963	0,064
Participação em Grupos de apoio	2,528	0,980 6,521	0,055
Participação em grupos religiosos	2,279	1,088 4,772	0,029
Participação em Grupos de estudo	1,839	0,667 5,070	0,239
Trabalho remunerado	1,192	0,668 2,125	0,552
Relacionamento com família de origem	1,274	0,698 2,325	0,431
Relacionamento com família constituída	1,455	0,783 2,707	0,236

De acordo com estes dados, considerando estas variáveis como indicadores de qualidade de vida, segundo já foi explicado, aqueles que concluíram o processo tiveram maiores indicadores de qualidade de vida.

Estes dados, assim como os do modelo final de regressão multivariada, **confirmam a hipótese principal: melhor desfecho pós tratamento para quem recebe alta terapêutica.**

Isto demonstra que a CT é eficaz, já que quando o indivíduo é exposto ao processo terapêutico completo, apresenta melhores indicadores de qualidade de vida, o que possibilita melhor resultado pós tratamento.

5.8.3 Modelo 3

Na Série 3 foi analisada a **associação entre o tipo de abandono (precoce/não precoce) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6)**.

Como pode se ver na tabela abaixo, não houve associação estatística para $p < 0,05$ nem OR significativo, nem no Geral nem nas questões específicas.

Tabela 40 - Associação entre o tipo de abandono (precoce/não precoce) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa)

Questões	OR	IC95%	p
Geral	0,403	0,092 1,771	0,229
Participação em Grupos de apoio	0,805	0,167 3,876	0,787
Participação em grupos religiosos	0,403	0,092 1,771	0,229
Participação em Grupos de estudo	0,031	0,000 24,867	0,308
Trabalho remunerado	0,587	0,224 1,539	0,279
Relacionamento com família de origem	0,512	0,177 1,487	0,219
Relacionamento com família constituída	0,282	0,066 1,206	0,088

Embora fosse esperado pior desfecho para o abandono precoce, a pequena quantidade final de abandono não precoce (F 28,0% - n 7; M 18,9% - n 20), pode ter contribuído para o não aparecimento de significância estatística.

5.8.4 Modelo 4

No Modelo 4 foi analisada a **associação entre o tipo de consumo (abstinência, pouco frequente, muito frequente) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6).**

Na Tabela abaixo se analisa o quanto o consumo no 3º mês influencia no desfecho bom pós saída, e se observou que **a chance de desfecho bom diminuiu à medida que o consumo aumentou**, tanto no geral quanto em cada questão específica.

Tabela 41 - Associação entre o tipo de consumo no 3º mês pós saída (pouco frequente, muito frequente) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa)

Questões	OR	IC95%	p	
Geral				
pouco frequente	0,24	0,03	1,77	0,16
muito frequente	0,13	0,05	0,33	0,00
Participação em Grupos de apoio				
pouco frequente	0,00	0,00	.	0,98
muito frequente	0,22	0,08	0,59	0,00
Participação em grupos religiosos				
pouco frequente	0,24	0,03	1,77	0,16
muito frequente	0,18	0,08	0,41	0,00
Participação em Grupos de estudo				
pouco frequente	0,54	0,07	4,12	0,55
muito frequente	0,11	0,03	0,50	0,00
Trabalho remunerado				
pouco frequente	0,42	0,10	1,77	0,24
muito frequente	0,38	0,21	0,68	0,00
Relacionamento com família de origem				
pouco frequente	0,60	0,18	1,95	0,40
muito frequente	0,25	0,13	0,49	0,00
Relacionamento com família constituída				
pouco frequente	0,66	0,20	2,14	0,49
muito frequente	0,25	0,13	0,50	0,00

Também foi comparada a relação entre o consumo no 12º mês e o desfecho bom pós saída, e na Tabela abaixo se observa que **a chance de desfecho bom também diminuiu à medida que o consumo aumentou**, tanto no geral quanto em cada questão específica exceto na 3ª (grupos de estudo).

Tabela 42 - Associação entre o tipo de consumo no 12º mês pós saída (pouco frequente, muito frequente) com o desfecho bom após 12 meses (QAEX 1-6) (Questionário de Avaliação Externa)

Questões	OR	IC95%	p	
Geral				
pouco frequente	0,30	0,04	2,23	0,24
muito frequente	0,03	0,01	0,12	0,00
Participação em Grupos de apoio				
pouco frequente	0,00	0,00		0,98
muito frequente	0,02	0,00	0,18	0,00
Participação em grupos religiosos				
pouco frequente	0,35	0,05	2,62	0,31
muito frequente	0,07	0,02	0,20	0,00
Participação em Grupos de estudo				
pouco frequente	0,61	0,08	4,62	0,63
muito frequente	0,00	0,00	-	0,89
Trabalho remunerado				
pouco frequente	0,74	0,17	3,13	0,68
muito frequente	0,40	0,22	0,71	0,00
Relacionamento com família de origem				
pouco frequente	0,29	0,04	2,15	0,23
muito frequente	0,19	0,10	0,36	0,00
Relacionamento com família constituída				
pouco frequente	0,30	0,04	2,23	0,24
muito frequente	0,16	0,08	0,33	0,00

Desta forma, o consumo frequente de SPAs se apresenta como fator de risco para a qualidade de vida, dado que contribui com a sustentação da proposta da abstinência como um dos fatores de proteção de grande relevância, no que diz respeito à manutenção da qualidade de vida.

Porém este dado também pode ser analisado sob olhar inverso, ou seja, que aqueles que conseguiram manter uma melhor qualidade de vida estiveram menos predispostos a retomar o consumo de SPAs, principalmente se for considerada a possibilidade do consumo ser compreendido, nestes casos, como um recurso para lidar com as frustrações, sofrimentos e dificuldades da vida em geral.

6. DISCUSSÃO

De Leon et al. (1994) apontam, há muito tempo, que as questões referentes à dinâmica ou às próprias percepções do indivíduo são mais relevantes para a permanência ou não na CT do que as variáveis fixas, como as sociodemográficas ou as ambientais.

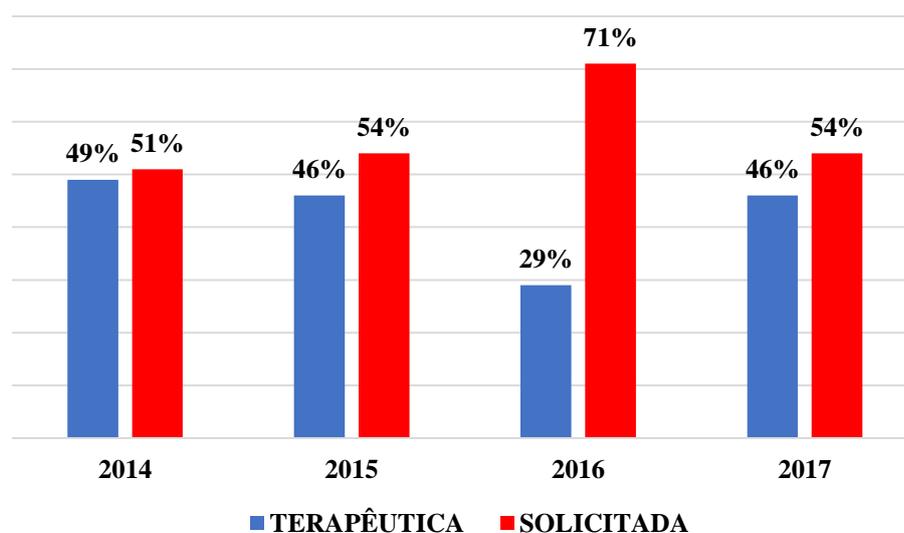
Por este motivo, as associações encontradas entre o desfecho bom e as seguintes variáveis, devem ser compreendidas à luz da subjetividade que supõem, e não apenas na categorização que pode ser estabelecida a partir delas.

6.1 Desfecho bom e gênero

A variável gênero se mostrou significativa para o abandono do tratamento em CT em pesquisas antigas (CONDELLI, 1994; LEWIS; ROSS, 1994), assim como em outras mais atuais (BARROS, 2014), nas quais se afirma que as mulheres apresentam menor adesão ao tratamento do que os homens

Esta divergência no desfecho por gênero em relação às hipóteses e às evidências, assim como a baixa taxa de conclusão da população masculina (33,4%) se deve a um fator externo significativo no período da pesquisa. Em janeiro de 2016, apenas 3 meses após o início da coleta de dados da amostra deste estudo, a CTNJ assinou o Termo de Atuação em Rede com o Programa Recomeço: uma vida sem drogas, do Governo do Estado de São Paulo, que passou a financiar 25 vagas masculinas e 15 vagas femininas. Até este momento, a taxa de alta terapêutica da unidade masculina era próxima de 50%, e sofreu uma queda significativa em 2016, como mostra o seguinte Gráfico.

Gráfico 6 - Finalização na CTNJ por tipo de alta de 2014 a 2017



A queda das altas terapêuticas de 2016 esteve diretamente relacionada com o início das atividades junto ao Programa Recomeço, principalmente devido ao fato de que o perfil da população atendida mudou drasticamente após o início da parceria, devido às características dos acolhidos encaminhados por este Programa durante boa parte do ano de 2016, principalmente durante todo o primeiro semestre.

O Programa Recomeço conta com a Unidade Recomeço, localizada na Rua Helvetia, cidade de São Paulo, no centro da cracolândia, que oferece cuidados pessoais, enfermaria de desintoxicação e centro de convivência aos usuários de crack, moradores da cracolândia, que buscam atendimento²⁸. Estes usuários também são encaminhados ao Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD²⁹, localizado nas proximidades da Unidade Recomeço, que oferece atendimento especializado para dependentes químicos, e encaminha para as CTs conveniadas com o Programa Recomeço aqueles que voluntariamente manifestam o desejo.

Desta forma, a CTNJ que até esse momento atendia a população local e regional, com características sociodemográficas e de dependência química próprias do interior do Estado de SP, passou a receber um volume muito grande de dependentes químicos vindos dessa realidade da cracolândia de São Paulo, muitos sem nenhuma referência familiar, baixa escolaridade, maior tempo em situação de rua, com um nível de gravidade maior da dependência química e níveis de fissura muito maiores.

²⁸ <http://programarecomeco.sp.gov.br/>

²⁹ <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/>

Esta mudança súbita de perfil, principalmente considerando que foram conveniadas 50% das vagas neste Programa, provocou um desajuste generalizado no funcionamento da CT como um todo, tanto no desenvolvimento das atividades diárias, na atuação da equipe e, principalmente, nas relações intragrupais. Muitas das estratégias que se mostraram funcionais nos anos anteriores, se tornaram ineficazes neste momento, e a taxa de abandono começou a crescer vertiginosamente, tanto entre os acolhidos encaminhados pelo Programa Recomeço quanto nos outros, considerando que o clima institucional estava prejudicado em sua totalidade.

Não se busca, com esta explicação, culpabilizar estes acolhidos, ou a forma de encaminhamento do Programa Recomeço, pelo aumento da taxa de abandono, mas apenas explicar a brusca mudança institucional que foi vivenciada por todos nesse momento.

Após alguns meses de constantes avaliações e ajustes do programa, das atividades, das ações da equipe como um todo, duas mudanças significativas aconteceram: o ajuste do método da CT a esta nova realidade e a criação de um fluxo regional para os encaminhamentos do Programa Recomeço, o que progressivamente modificou novamente o perfil do público atendido. Reflexo disto é a melhora na taxa de alta terapêutica no ano seguinte (2017), como também pode ser visto no Gráfico 5.

Porém, embora este processo tenha sido muito positivo na vida da CT, o resultado do mesmo não aparece refletido nesta pesquisa, já que o período de ingresso dos sujeitos para compor a amostra não incluiu aqueles acolhidos que permaneceram na CT após estas modificações.

Por outro lado também se depreende desta situação a reflexão sobre a diferença entre atender indivíduos do território de abrangência ou de fora do mesmo. Estes resultados sugerem que o atendimento preferencial a pessoas que pertençam ao território de abrangência do equipamento pode se mostrar mais eficiente do que o atendimento a pessoas de outros territórios, que não terão vínculo prévio com as redes de saúde e proteção social, cujas famílias terão mais dificuldades em participar do processo, cujo processo de reinserção social sofrerá as limitações inerentes à distância do equipamento do local de referência, assim como tantas outras variáveis que podem prejudicar o desfecho.

6.2 Desfecho bom e religiosidade

Em relação à questão religiosa percebe-se que existe uma relação inversamente proporcional entre a religiosidade e o desfecho positivo, na população masculina. Ou seja, quem relata não ter religião tem maior taxa de alta terapêutica e menor de abandono precoce, e quem não tem prática religiosa tem menor chance de abandono precoce.

Esta associação da religiosidade como fator de risco para o abandono e o abandono precoce já foi demonstrada em estudo anterior do mesmo autor desta pesquisa (KURLANDER, 2014b), no qual se indicava que, mesmo sendo a espiritualidade e a religiosidade importantes fatores de prevenção da recaída, quando associadas a crenças disfuncionais (SERRA, 2013) podem aumentar a chance de o indivíduo cometer erros de processamento da realidade, o que pode contribuir com o abandono e o abandono precoce do tratamento.

É interessante perceber que no caso da população feminina esta relação acontece de forma inversa, já que as mulheres que relataram não ter religião tiveram menos taxa de alta terapêutica, e as que tiveram pouca ou nenhuma prática religiosa também tiveram menor taxa de alta terapêutica. Neste caso, na população feminina, a prática religiosa parece ser um fator de proteção para a permanência na CT.

Considerou-se nesta pesquisa que a maior participação em grupos religiosos pós saída pode significar maior chance de manutenção de qualidade de vida, já que as práticas religiosas ou espirituais estão fortemente associadas à melhora dos sintomas de diversos agravos, e têm sido amplamente estudadas em diversas pesquisas.

Segundo Gonçalves et al. (2015) as intervenções espirituais/religiosas (IERS) obtêm resultados similares ou superiores a outras abordagens complementares em saúde, como a redução de sintomas de ansiedade e estresse, a diminuição na intensidade do consumo de drogas e diminuição da sintomatologia depressiva.

Oliveira et al. (2017), numa revisão integrativa sobre a influência da espiritualidade/religiosidade no contexto do uso nocivo de drogas, chegaram à conclusão de que estas práticas podem ser consideradas recursos válidos para a manutenção da saúde, prevenção e reabilitação.

De Ruyscher et al (2017), numa revisão de 16 estudos sobre indivíduos com duplo diagnóstico afirmam que as crenças (religiosas/espirituais) pessoais e o suporte na espiritualidade contribuem a melhorar os quadros diagnósticos.

Moraes et al. (2018), numa revisão sistemática de 42 estudos sobre intervenções baseadas na psiconeuroimunologia, concluíram que práticas espirituais e religiosas, assim como

yoga, meditação, acupuntura e mindfulness, contribuíram significativamente na diminuição do cortisol, epinefrina e norepinefrina, hormônios relacionados com o estresse, o que por sua vez contribui com a melhora dos resultados do tratamento para diversos agravos.

Segundo um estudo do NIDA (SCHOENTHALER, 2015), no qual foi realizado um seguimento pós tratamento de 12 meses em um grupo de 2947 usuários, analisando a relação das crenças e práticas religiosas/espirituais com o desfecho. O estudo demonstra que aqueles que apresentaram maior vinculação com crenças e práticas religiosas/espirituais tiveram até 21% menos chance de continuar consumindo SPAs. O que foi considerado mais protetivo foi a frequência semanal a grupos religiosos e a maior interação social e vinculação com as pessoas destes grupos.

6.3 Desfecho bom e Grupos de apoio

O termo “Grupo de apoio” ou “Grupo de mútua ajuda” se remete a organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, dirigidas por voluntários que, muitas vezes, tiveram problemas com uso de SPAs em suas vidas ou em suas famílias. Nestes grupos as pessoas participam de forma voluntária para receber e oferecer apoio. Exemplos destes grupos são os Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente (AE), Pastoral da Sobriedade, entre outros. É reconhecida a eficácia e importância da participação neste tipo de grupo no pós tratamento como mecanismo de prevenção da recaída e de manutenção dos ganhos adquiridos durante o processo terapêutico, como afirma o Centro Europeu de Monitoramento de Drogas e Adicções (EMCDDA, 2016).

Diversos estudos apontam para a potencialidade deste tipo de grupo como, por exemplo, o publicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), estudando o grupo de AA, que demonstra como este grupo é uma interessante alternativa para a abordagem do alcoolismo (MAGALHÃES; SAIDE, 2015).

Um estudo alemão promovido pelo mundialmente conhecido Instituto Max Planck de Munique³⁰, presente no livro “Recaída: ficar para trás ou seguir adiante?”³¹, de Ingrid Arenz-Greiving (2000), com seguimento de 4 anos pós tratamento em um grupo de homens, aponta que aqueles que participaram de grupos de apoio tiveram 54% mais chance de se encontrar em

³⁰ O **Instituto Max Planck** é uma organização independente alemã de pesquisa científica, sem fins lucrativos, fundada pelos governos federal e estadual, mundialmente conhecida como uma instituição de ponta no campo da pesquisa científica e tecnológica.

³¹ Tradução nossa do alemão: Rückfall: Zurückfallen oder weitergehen?

abstinência do que aqueles que não participaram. A taxa de abstinência para aqueles que participaram de grupos de apoio foi de 71% enquanto que para os que não participaram foi 46%.

Por este motivo se considera nesta pesquisa que maior participação em Grupos de apoio pode significar maior chance de manutenção de qualidade de vida.

6.4 Desfecho bom e alta terapêutica

Sendo esta associação a principal hipótese desta pesquisa, tanto os estudos citados quanto os dados apresentados confirmaram que existe, de fato, uma relação direta entre a alta terapêutica e o bom resultado pós tratamento.

Mas por que esta associação se apresenta com tanta força?

Os padrões de resposta encontrados nos questionários utilizados nesta pesquisa, para avaliar os fatores subjetivos tanto do processo quanto da saída (ACSP e QARA), apontam para uma possível estruturação cognitiva comprometida por crenças disfuncionais no momento do abandono (KURLANDER, 2014b).

Para Serra (2013, p. 112)

As crenças associadas a esquemas disfuncionais são irracionais e violam a lógica. São supergeneralizadas, aplicando-se indiscriminadamente a diferentes situações. [...] Crenças disfuncionais são absolutas, extremas e resistentes à desconfirmação; ademais, muitas são culturalmente reforçadas.

As afirmações 6 a 12 do QARA, com alta taxa de resposta, apontam, como já dito, para a estruturação deste tipo de crença limitante, que se associa tanto ao abandono do tratamento quanto ao desfecho negativo após o mesmo.

Toda a avaliação de abandono presente neste estudo aponta para a “melhoria autodecida” ou para o “excesso de otimismo”, condição que pode ser claramente identificada como crença disfuncional.

É tão recorrente este fenômeno que no meio das CTs existe um termo informal para descrevê-lo, conhecido como “chá de jatobao”, ou seja: “já estou bom”.

Em inúmeras CTs do Brasil, quando um acolhido apresenta desejo de abandono, rapidamente alguém proclama que este tomou o famoso “chá”, justamente por ser um fenômeno tão familiar para quem se encontra na lida diária.

Para De Leon (2008) a questão da motivação interna e da capacidade de manter o compromisso é fator determinante do sucesso na recuperação. Segundo ele, a maior parte dos dependentes químicos buscariam o tratamento por um conjunto de pressões externas e internas que servem como motivadores apenas no início do processo. O que motivaria o dependente químico a continuar em tratamento por tempo mais prolongado seria, justamente, a sua capacidade de compromisso pessoal com a sua própria recuperação, assim como com o programa oferecido pela CT.

Para compreender melhor a associação do abandono com o desfecho negativo, é importante também compreender o conceito de “habilidade social”.

Para Caballo (2003) habilidades sociais são:

um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal, onde são expressos sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos de maneira adequada à situação e, ao mesmo tempo, respeitando estes mesmos comportamentos nos demais.

É claro que estes comportamentos são variáveis de acordo com fatores culturais, de idade, de sexo, de classe social, etc., porém o foco do conceito é a capacidade de atingir objetivos e resolver conflitos cotidianos, habilidades claramente deficitárias nos dependentes químicos.

Del Prete e Del Prete (2006) enumeram várias habilidades sociais relevantes, que também aparecem no estudo de Silva e Serra (2004) dentre as principais dificuldades entre usuários de substâncias psicoativas, sendo estas:

- lidar com sentimentos negativos;
- assertividade;
- fazer ou receber críticas;
- comunicação;
- recusar drogas;
- dizer não;
- socialização;
- tolerar frustrações;
- adiar prazeres;
- reconhecer e enfrentar situações de risco;
- lidar com a fissura;
- realizar um projeto de vida realista.

Talvez seja por isto que De Leon (2008) afirma que o dependente químico tem como característica a tendência a não concluir nenhum dos projetos que inicia, e dificilmente mantém o seu compromisso até o final. Justamente por isto a desistência do tratamento seria um fator extremamente negativo no desfecho da sua recuperação. “A própria conclusão do programa representa um passo fundamental na aprendizagem do respeito aos compromissos” (De Leon, 2008, p. 75).

Seria também, justamente, na ausência de algumas destas habilidades sociais básicas acima descritas que se estruturaria a crença disfuncional do “jatobao”.

Ou seja, embora estas habilidades estejam claramente deficitárias no indivíduo, este, por causa da estruturação das crenças disfuncionais, se torna incapaz de perceber este déficit, sentindo-se assim plenamente capaz de enfrentar as situações futuras. Porém, quando estas situações possíveis, como as acima relacionadas, se tornam uma realidade consumada, o déficit de enfrentamento se evidencia e as consequências aparecem.

Como De Leon (2008) disse, o que faz com que o indivíduo procure ajuda é um conjunto de pressões externas e internas, como, por exemplo: problemas de saúde, mal-estar físico, problemas com a justiça, ameaças de traficantes, pressão familiar, problemas econômicos, risco de perder o emprego, risco de perder o cônjuge, sentimento de culpa, desespero, etc.

Estas pressões podem ser compreendidas como reforçadores negativos. De acordo com Dos Santos e Pereira (2015) e Dos Santos e Leite (2013), o comportamento controlado por reforço negativo seria aquele que tem como fim a evitação de um estímulo aversivo, enquanto que o comportamento controlado por reforço positivo seria o que tem como fim a busca de uma recompensa.

Desta forma, pode-se inferir que o indivíduo busca uma CT através de contingências de reforço negativo, como as descritas acima. Ou seja, o que o indivíduo está buscando não é a sua “recuperação”, mas sim a evitação da dor produzida por essas contingências aversivas. Cabe considerar que a evitação da dor é um grande eliciador do comportamento humano.

Depois de certo período dentro da CT as condições ambientais, internas e externas, vão se modificando naturalmente, e isto faz com que as contingências de reforço negativo desapareçam e, conseqüentemente, que a motivação inicial também desapareça.

Quando o programa da CT tem uma linha muito punitiva, ou seja, funciona com base no controle aversivo, o que seria, grosso modo, a tentativa sistemática da equipe de controlar o comportamento dos acolhidos através da aplicação de punições, ou da iminência destas, o

comportamento adaptativo e de permanência do acolhido se baseia nestas contingências de evitação da punição (dor).

Em um estudo de diversos textos de Skinner³² e outros autores consagrados da Análise do Comportamento (MARTINS; CARVALHO NETO; MAYER, 2013), se argumenta que a manutenção de comportamentos por estimulação aversiva pode ter consequências muito negativas para o indivíduo, como: a falha no processo de autocontrole, a apresentação de respostas discriminativas inexatas, o processo de autoconhecimento pode ser afetado, assim como o indivíduo pode reagir deficientemente aos estímulos gerados pelo seu próprio comportamento.

O estudo também aponta que os comportamentos mantidos por controle aversivo geralmente se mantêm apenas enquanto os agentes aversivos estão presentes. Ou seja, não existe internalização do sentido comportamento, apenas a evitação da punição.

Por isto, quando os reforçadores negativos desaparecem naturalmente, é o momento de que o acolhido possa encontrar na CT reforçadores positivos de alta intensidade, como para que tenha motivação, agora interna, suficiente como para permanecer em tratamento. Cabe considerar que o ambiente externo à CT, que inicialmente se configurava como um fator aversivo por causa dos problemas existentes no ambiente, neste momento aparece como algo reforçador, motivo pelo qual a CT precisa oferecer reforçadores concorrentes, ou seja, estímulos que tenham igual ou maior intensidade de reforço do que aqueles externos.

Em outras palavras, **quando o acolhido se sinta melhor vai aumentar a chance dele abandonar o tratamento.** Por isto a equipe precisa estar atenta a este momento, assim como também precisa propor um programa que se baseie em reforçadores positivos, e não apenas na fuga das punições (da CT, da família, etc.) e da recaída (também como uma punição natural).

Quando o ambiente se torna mais reforçador aumentam as chances de permanência, como aponta uma revisão sistemática europeia sobre as intervenções com Manejo de Contingências no tratamento da dependência química (EMCDDA, 2016b).

Segundo Kolling, Petry e Melo (2011), o manejo de contingências é uma estratégia se guia a partir de três princípios: “selecionar e monitorar o comportamento desejado, reforçar adequadamente o comportamento e, por último, eliminar o reforçador quando o comportamento visado não ocorre”.

³² Burrhus Frederic Skinner foi um psicólogo norte-americano que realizou trabalhos pioneiros em psicologia experimental e foi o proponente do behaviorismo radical, abordagem que busca entender o comportamento em função das inter-relações entre a filogenética, o ambiente (cultura) e a história de vida do indivíduo.

De Leon (2008) também afirma que, mesmo nos que continuam em tratamento, podem ser encontrados vários graus de compromisso. Enquanto alguns permanecem no programa de tratamento apenas para não desistir dele (reforço negativo), sem apresentar um grau elevado de adesão para com o mesmo, suas regras e limites, outros apresentarão um compromisso real em relação à CT, procurando aderir ao programa de recuperação de forma integral (reforço positivo).

Ou seja, enquanto alguns permanecem na CT para não sofrer as consequências do abandono (reforço negativo), outros encontram no programa recompensas internas e externas suficientes como para querer permanecer nele (reforço positivo).

Este reforço positivo pode estar relacionado ao desenvolvimento das habilidades sociais acima descritas, que contribuem com a melhora na qualidade de vida do sujeito, assim como também às próprias atividades propostas pela CT (cursos, novos aprendizados, contato familiar, participação em eventos), principalmente as que estão relacionadas com o processo de reinserção social.

De Leon (2008, p. 75) afirma que “a capacidade de assumir e cumprir compromissos é uma meta vital do processo de mudança”. Embora pareça óbvia esta afirmação, é importante observar que a capacidade de assumir e cumprir compromissos (claramente uma habilidade social) é uma meta do processo.

Isto significa que o indivíduo não possui esta condição quando ingressa na CT e, por isto, é perigoso que a equipe o trate como se tivesse esta habilidade, supervalorizando os seus recursos, exigindo dele algo que está acima da sua capacidade nesse momento. Se fizer isto, a chance do acolhido frustrar as expectativas da equipe, e as suas próprias, será muito elevada, assim como será reduzida a chance deste atingir os objetivos propostos.

6.5 Desfecho bom e abstinência

A associação encontrada entre abstinência e qualidade de vida pode ser, para uns, muito óbvia, enquanto que para outros pode ser amplamente contestável.

Tradicionalmente as equipes das CTs, assim como também os membros e dirigentes de Grupos de apoio, compreendiam a recuperação como algo binário: “de pé” ou “recaído”. Ou seja, abstinente ou não abstinente, considerando a abstinência como o maior indicador de sucesso – independentemente de todos os outros aspectos da vida do indivíduo –, e o consumo

como o maior indicador de fracasso – independentemente do tipo de substância, da quantidade, da frequência e, principalmente dos danos sofridos.

Assim, a “recaída”³³ se configurou ao longo do tempo como o fracasso absoluto, sempre sendo associada muito mais a falhas no caráter do que à própria sintomatologia do problema, sendo, geralmente, muito mais punida do que tratada.

Os “defeitos de caráter”, utilizados diariamente na linguagem das CTs e dos Grupos de apoio, representam um conceito encontrado no enunciado do 6º Passo de AA³⁴, mas que provém de uma história associada ao tratamento moral, originário de Pinel e Esquirol³⁵ que, mesmo tendo sido revolucionário em sua época (Século XVIII-XIX) compreendia os transtornos de comportamento – vícios, compulsões, desvios – como causados por deficiências morais do sujeito (HODGINS; PEDEN, 2008).

Atribui-se a eles (Pinel e Esquirol) o primeiro pensamento médico-científico sistematizado sobre a doença mental, que foi chamado, em seu momento, de Tratamento moral, e considerava os aspectos psicológicos como fundamentais na determinação da doença. Esquirol criou o termo Monomania, para definir as perturbações mentais que trazem prejuízos psíquicos apenas parciais, conservando perfeitas outras funções intelectuais, justamente como as diferentes compulsões, e assim definiu o primeiro conceito dos Transtornos de Controle do Impulso (PACHECO, 2003).

O conceito de Tratamento Moral lançou um olhar revolucionário sobre a concepção dos transtornos mentais. Esquirol afirmava que “as paixões exacerbadas poderiam desencadear as grandes perturbações mentais”, mas, ao mesmo tempo entendia que “se o adoecer é parte da experiência sensorial do sujeito, a loucura pode ser um estado reversível”, algo que nunca tinha sido cogitado até o momento. Esta possibilidade de reversão do estado de adoecimento acontecia, em seu entendimento, porque “os procedimentos terapêuticos capazes de apaziguar estas paixões seriam um meio de reconduzir o doente a encontrar a coerência entre a realidade percebida pelos sentidos e as funções mentais, pelas suas ideias, raciocínios, julgamentos”. Este conceito é, claramente, a base do conceito de Ressignificação³⁶, amplamente utilizado na

³³ Entre aspas, por se tratar de um conceito extremamente dúbio e moralista.

³⁴ Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

³⁵ Esquirol (França 1772-1840), considerando o precursor da psiquiatria moderna, foi substituto de Philippe Pinel (1745-1826), considerado o Pai da psiquiatria. Esquirol foi chefe do Hospital Salpêtrière, em Paris (1811), o mesmo em que Charcot realizou as experiências com hipnose que Freud conheceu, influenciando assim o surgimento da Psicanálise.

³⁶ A Ressignificação “visa aparelhar o indivíduo para lidar com “situações problema” por meio da inserção de um novo método de encarar a realidade na qual o sujeito está inserido, ou seja, ressignificando o seu mundo e se tornando mais adaptado e adaptável a esse meio” (DANTAS, 2016).

atualidade pela Terapia Cognitivo Comportamental. (PACHECO, 2003; HODGINS; PEDEN, 2008; WILLIAMS; POTENZA, 2008).

Segundo estes autores, o Tratamento Moral tinha, portanto, um sentido educativo que envolvia aspectos ambientais e sociais. No entanto, a ideia de que através dos métodos psicológicos seria possível corrigir erros na lógica de pensamento e raciocínio daqueles que se afastavam da norma admitida como correta, implica uma questão ética que pode facilmente justificar condutas arbitrárias ou coercitivas.

Seria esta, justamente, a armadilha do Tratamento Moral, que, mesmo sem a intenção inicial, acabou propiciando alienação e condicionamento dos “loucos” por parte dos considerados “normais”.

É também, na atualidade, a armadilha dos modelos puramente religiosos de tratamento, que se aproximam muito deste modelo moral de concepção da doença, assim como do modelo impositivo de mudança de comportamento para ajustar-se à norma.

Assim, o conceito de “defeito de caráter” se encontra ultrapassado e precisa ser abolido deste meio, já que é, sem dúvida, um resquício do Tratamento Moral.

Quando se compreende na CT que o indivíduo se comporta de uma determinada maneira “errada” por causa dos seus “defeitos de caráter”, está se retomando o conceito de que existe uma falha moral, de caráter, que impele o sujeito a se comportar dessa forma, e não que existem uma infinidade de contingências que contribuem e determinam esse comportamento, muito além de sua vontade ou da sua capacidade de escolha.

É difícil de compreender em muitas ocasiões, mas raramente o indivíduo realmente escolhe o seu comportamento de forma voluntária, principalmente considerando que cada indivíduo “escolhe” os seus comportamentos dentre aqueles que compõem o seu repertório comportamental.

Ou seja, pessoas com repertório comportamental muito reduzido somente poderão escolher suas respostas dentre aqueles que possuam.

Por exemplo:

- Um indivíduo com muita dificuldade de expressar emoções e pensamentos dificilmente poderá ser claro na hora de falar diretamente para o outro o que pensa ao seu respeito.
- Um indivíduo cuja família sempre “resolveu” os problemas com gritos e violência, dificilmente saberá negociar de forma tranquila os seus conflitos.

- Um indivíduo que cresceu num ambiente em que drogas, álcool, violência, roubos, foram moeda corrente, terá muita dificuldade em sentir que estes comportamentos são errados ou nocivos.

Depois destas reflexões, percebe-se que a abstinência não é uma questão moral ou de caráter, e que não necessariamente se trata de uma escolha para muitos. Segundo a OMS a dependência química é uma doença crônica, progressiva e recidivante, “e não uma simples falta de vontade ou de desejo de se libertar” (OMS, 2004). Portanto a volta ao uso, ou as situações de consumo, devem ser compreendidas como sinais e sintomas naturais da problemática, e que devem ser abordados com intervenções terapêuticas específicas, e não com “sermões” e castigos.

De todas formas, este estudo aponta para a abstinência como fator que aumenta a chance de melhores indicadores de qualidade de vida, portanto, sob este olhar, a abstinência seria algo a ser almejado tanto pelo usuário quanto pela equipe.

Isto não significa que nenhum indivíduo pode ter qualidade de vida boa se fizer uso de SPAs, porém, como já mencionado, a população desta amostra, assim como a de muitas das verdadeiras CTs, que possuem critérios específicos de admissão, possui níveis de gravidade da dependência e de comprometimento geral de vida que fazem com que o consumo não problemático deixe de ser uma possibilidade.

Um dado que reforça este conceito é a baixíssima taxa de consumo de frequência baixa nesta amostra, estando dividida entre a abstinência e o consumo de alta frequência. Considerando que a grande maioria são usuários de crack e alcoolistas de grau avançado, fica mais fácil de compreender a estreita relação entre a abstinência e a qualidade de vida.

Pessoas que conseguem fazer uso não problemático de SPAs não se encontram em verdadeiras CTs, já que não se enquadram nos critérios mínimos de admissão.

Enfim, para casos graves, fica evidenciado que a abstinência é, quando possível, a escolha mais segura para a manutenção da qualidade de vida.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou as seguintes limitações:

- a.** A CT estudada possui características peculiares que a diferenciam da maioria dos locais autodenominados de CTs no Brasil, portanto não pode ser feita uma generalização arbitrária dos resultados obtidos para outras modalidades de CT.
- b.** No caso das amostras masculina e feminina, a diferenciação não se dá apenas pelo gênero, mas também pela CT em que se aloca cada uma delas. Mesmo sendo duas unidades da mesma instituição, que se utilizam do mesmo método e da mesma filosofia de trabalho, uma está localizada na área rural (masculina) e a outra em área urbana (feminina), possuem equipes diferentes e muitas atividades desenvolvidas não são idênticas em ambas as unidades, o que compromete a comparação apenas por gênero dos resultados obtidos.
- c.** No caso do seguimento pós saída, a avaliação foi realizada por meio telefônico em grande parte dos casos, o que pode comprometer a fidedignidade das respostas obtidas.
- d.** No caso da avaliação do padrão de consumo pós saída, somente foi avaliada a frequência de consumo, não sendo avaliado o tipo de substância utilizada nem a quantidade da mesma, variáveis que poderiam se associar a alguns dos indicadores de qualidade de vida estudados.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de SPAs é um fenômeno social multifatorial presente em todas as culturas e épocas, e seu uso pode derivar em várias formas de danos individuais e coletivos, assim como numa patologia passível de tratamento especializado chamada dependência química.

Uma das modalidades de atenção para a dependência química mais acessadas no Brasil é a CT, pelo que se faz imprescindível compreender mais profundamente a sua dinâmica terapêutica, a fim de poder obter melhores resultados.

Sendo o abandono um dos principais problemas no que concerne a todas as abordagens de tratamento deste transtorno, esta pesquisa buscou compreender, em primeiro lugar, os fatores que determinam a sua altíssima taxa.

Compreendendo quais são os fatores associados ao abandono do tratamento, poderão ser propostas intervenções suficientemente capazes de minimizar a incidência do mesmo, elevando assim, conseqüentemente, as taxas de sucesso do tratamento na CT.

Para isto se partiu da premissa de que alguém que procura alguma forma de recuperação, como uma CT, possui alguma intenção legítima, mesmo que muito tímida, de recuperar-se da sua dependência. Sendo assim, se o local oferecer as condições necessárias para que isto aconteça, a probabilidade de melhoria da qualidade de vida como um todo e, conseqüentemente, a manutenção da abstinência, aumentaria consideravelmente.

Não se busca, com isto, uma CT ideal, perfeita, mas sim uma CT que esteja mais próxima das necessidades daqueles que são o motivo final da sua existência.

No referente ao abandono do tratamento, houve maior prevalência na população masculina, principalmente naqueles que estavam empregados antes de ingressar na CT, com maior tempo de uso, os casados ou amasiados e, principalmente, aqueles que fizeram uma avaliação muito positiva de si mesmos durante o processo.

Na segunda parte desta pesquisa, se buscou avaliar a eficácia dos serviços de CT estudados, através de um seguimento de 12 meses pós saída, numa avaliação de indicadores de qualidade de vida assim como da frequência de consumo.

Verificou-se que aqueles que concluíram o programa tiveram melhores resultados pós saída, assim como também aqueles que se mantiveram em abstinência, o que pode confirmar a hipótese de que a conclusão do programa terapêutico e a manutenção da abstinência são fatores importantes para aumentar a chance de melhor qualidade de vida pós saída.

Por outro lado, também se pode considerar que os maiores indicadores de qualidade de vida podem ter sido protetivos para a retomada do consumo de SPAs, não sendo necessariamente a abstinência uma variável de controle para a qualidade de vida, mas, pelo contrário, podendo ser a qualidade de vida uma variável de controle para a abstinência.

Esta análise traz à tona a dicotômica relação de figura-fundo entre abstinência e qualidade de vida, deixando ao leitor a árdua tarefa de abstrair-se da moralidade implícita neste tema e tentar questionar-se se aquilo que julga ser causa pode ser, em última instância, efeito.

REFERÊNCIAS

ADDICTION. Conversation with David Deitch - Journal Interview. **Addiction**, v. 94, n. 6, 1999. p. 791-800.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – AA. Disponível em: <www.alcoolicosanonimos.org.br>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. Neuropsicologia e dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. R. (Orgs). **Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 98-105.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, n.1. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500013>. Acesso em: 02 ago. 2014.

AMOR EXIGENTE. Disponível em: <www.amorexigente.org.br>. Acesso em: 05 mai. 2018.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)**. Disponível em:

<<http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

ANVISA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF: MS, 2001.

_____. **Resolução - RDC Nº 29, de 30 de Junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF: MS, 2011.

ARAÚJO, R. B. et al. Validação psicométrica do Cocaine Craving Questionnaire-Brief – Versão Brasileira Adaptada para o Crack para dependentes hospitalizados. **J. bras. psiquiatr.** v. 60, n. 4. Rio de Janeiro, 2011.

ARENZ-GREIVING, I. **Rückfall: Zurückfallen oder weitergehen?** 1. ed. Berna: Blaukreuz-Verlag, 2000.

ASLAN, Laura. Dropping out of therapeutic community treatment; when is “unsuccessful”, successful? **Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities.** v. 36, n. 2, 2015. p.74-88.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (2008). **Critério de classificação econômica Brasil.** Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

AUSTRALASIAN THERAPEUTIC COMMUNITIES ASSOCIATION (ATCA). **Towards Better Practice in Therapeutic Communities.** Australia: ATCA, 2002. Disponível em: <<http://www.atca.com.au/wp-content/uploads/2012/07/Towards-Better-Practice-in-Therapeutic-Communities.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BARRACLOUGH. Brian. In Conversation with Maxwell Jones. **Bulletin of the Royal College of Psychiatrists.** v. 8, n. 9, set. 1984. p. 166-170. doi:10.1192/S0140078900000213. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/bulletin-of-the-royal-college-of-psychiatrists/article/in-conversation-with-maxwell-jones/4941C60A0028B6313C5CA1474E070D21>>. Acesso em: 04 ago. 2018.

BARROS, Mário António Soares Almada. **Características sociodemográficas, clínicas, padrão de uso de substâncias psicoativas:** resposta ao programa de tratamento dos residentes da Comunidade Terapêutica Ganja de São Filipe. 2014.178f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Cabo Verde, Departamento de Ciência e Tecnologia, Mestrado em Saúde Pública. Cidade da Praia, Cabo Verde, 2014.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**. v. 4, jun. 1961. p. 53-63. Disponível em: <http://counsellingresource.com/lib/wp-content/managed-media/beck_at_1961.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2015.

BECK, A. T. et al. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro: Zahar. 1982.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arq. bras. Psic. apl.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, jul./set. 1977. p. 31-44.

Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/download/17827/16571>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BLATNER, Adam. **Uma visão global do psicodrama**: fundamentos históricos, teóricos e práticos. Ágora, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD).

Manual de Aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6). 1. ed. Brasília, DF, 2006.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011.

_____. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**.

Brasília, 2007. Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos; 2003.

CARLINI, E. L. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP/SENAD, 2010.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA JORNADA. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Projeto Terapêutico**. Avaré, 2017a.

_____. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Manual de Rotinas e Procedimentos**. Avaré, 2017b.

_____. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Manual de orientação inicial**. Avaré, 2017c.

_____. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Banco de Dados**: referente ao controle de fluxo de atendimentos e serviços. Avaré, 2017d.

CONDELLI, Ward S. Predictors of Retention in Therapeutic Communities. In: **Therapeutic Community: Advances in Research and Application**. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), 1994. p. 117-127. Disponível em: <<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/144.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – CONFENACT. Disponível em: <<http://www.confenact.org.br>>. Acesso em: 10 de mai. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Parecer CFM 09/2015**. CFM, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 2. ed. Brasília, DF: CFP, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA – MNPCT; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Denúncia de violação de direitos em CTs está na OEA.** Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp-denuncia-a-oea-violacao-de-direitos-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP – CRP-SP. **Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo –** Mapeamento das violações de direitos humanos. São Paulo: CRP-SP, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – CONAD. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015** (Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas). Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, DF: CONAD, 2015.

CORTÉS, Maria T. Una primera aplicacion de la teoria del comporta. miento planificado para explicar el abandono deltra. tamiento por parte de los dependientes alcohólicos. **Revista de Psicologia General y Aplicada.** v. 54, n. 3, 2001, p. 389-405. Facultad de Psicologia - Universitat de València.

COUTINHO, André Rossi. **Da transferência à transversalidade:** o devir dos conceitos e a variação do plano da clínica. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense. Niterói.

CUENCA-ROYO, et al. Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. **Addictive Behaviors.** v. 37, n. 6, jun. 2012. p. 709–715. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460312000652>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DANTAS, L. C. V. **A ressignificação na terapia cognitiva:** uma análise a partir do modelo do sistema de esquema de ações e operações sobre símbolos e signos. 2016. 59 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências. Marília.

DAWSON, D. A. et al. Changes in alcohol consumption: United States, 2001–2002 to 2012–2013. **Drug and alcohol dependence.** v 148, mar. 2015. p. 56-61. Disponível em: <[https://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(14\)01996-6/references](https://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(14)01996-6/references)>. Acesso em: 05 ago. 2018.

DE LEON, G.; SCHWARTZ, S. Therapeutic communities: what are the retention rates? **Am J Drug Alcohol Abuse.** v. 10, n. 2, 1984. p. 267-284.

DE LEON, G. et al. Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability (The CMRS Scales): predicting retention in Therapeutic Community treatment. **Am. J. Drug Alcohol Abuse,** v. 20, n. 4, 1994. p. 495-515.

DE LEON, George. The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model. In: **Therapeutic Community: Advances in Research and Application.** NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA),1994. p. 16-52.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica:** teoria, modelo e método. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

DE RUYSSCHER, C. et al. The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. **J Dual Diagn.** v. 13, n. 4, out-dez. 2017. p. 264-279.

DEL PRETE A., DEL PRETE Z. A. P. **Habilidades sociais: conceitos e campo teórico-prático** [online]. São Carlos: UFSCAR; 2006. Disponível em: <<http://rihs.ufscar.br>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

DESAFIO JOVEM – TEEN CHALLENGE – BRASIL. Disponível em: <<http://www.desafiojovemdobrasil.com.br>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DECS). **Fatores de risco**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de: Vera Riberio. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DOMÍNGUEZ-MARTÍN, M. D. et al. **Estudio de las causas de abandono del tratamiento em um centro de atención a drogodependientes**. Instituto de adicciones. Ayuntamiento de Madrid, España, 2008. Disponível em: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13124781&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=18&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n02a13124781pdf001.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2012.

DOS SANTOS, B. C.; PEREIRA, M. E. M. O estudo do controle aversivo no Brasil com base em teses e dissertações: Uma caracterização. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 23, n. 3. México, 2015. p. 289-306.

DOS SANTOS, E. L. N.; LEITE, F. L. A distinção entre reforçamentos positivo e negativo em livros de ensino de análise do comportamento. **Revista Perspectivas**. v. 4, n. 1. 2014. p. 9-18.

DUARTE, Paulina do Carmo Vieira. **Avaliação de comunidades terapêuticas que prestam atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de crack e outras substâncias psicoativas**. Brasília, 2010. Disponível em:

<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cts=1331517345793&ved=0CFAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.viverbem.fmb.unesp.br%2Fdocs%2FSEnad%2FProjeto%2520AVALIACAO_Cts_16_02_2011.doc&ei=S1RdT6-pOoWagwfGw4yiCw&usg=AFQjCNFqVNEjJOG_EgrDB8EN9wwG3JkJgQ>. Acesso em: 11 mar. 2012.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION – EMCDDA. The role of psychosocial interventions in drug treatment. **Perspectives on Drugs**. EMCDDA, 2016.

_____. How can contingency management support treatment for substance use disorders? A systematic review. **EMCDDA Papers**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016b.

FEBRACT. Disponível em: <www.febract.org.br>. Acesso em: 10 mai. 2018.

FERRI, C. P. et al. Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. **Drug and Alcohol Review**. v. 19, n. 4, dez. 2000. p 451–455. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/713659418/abstract>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

FESTINGER, D. S. et al. Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. **Addict Behav.** v. 20 n.1, Jan-Fev, 1995. p. 111-115. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7785476>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

FIORAVANTI, A. C. M. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. **Aval. psicol.** v.5, n. 2, Porto Alegre. dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712006000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FIORINI, Hector Juan. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Tradução de: Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Martins Fontes, 2004. Coleção Psicologia e Pedagogia.

FONTES, A.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 33, n. 6, 2006, p. 304-312. Departamento e Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n6/304.html>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

FRACASSO, L.; LANDRE, M. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 503-513.

FRACASSO, Laura. **Comunidade Terapêutica**: uma abordagem psicossocial. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação Física, 2008. Disponível em: <<http://www.fef.unicamp.br/biblioteca/Encontrointerdisciplinar/Texto%202%20Laura.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2011.

FRACASSO, Laura. Comunidades Terapêuticas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência Química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 61-69. CD-ROM.

FUNDAÇÃO PADRE HAROLDO. Disponível em: <www.padreharoldo.org.br>. Acesso em: 05 jul. 2014.

GONÇALVES, J. P. B. et al. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychol Med.** v. 45, n. 14, out. 2015. p 2937-2949.

GOÑI, José Javier López. **Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra**. 2005. 457f. Tese (Doutorado). Universidad Pública de Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía, Pamplona, España.

_____. Razones para el abandono del tratamiento en una Comunidad Terapéutica. **Transtornos Adictivos**. España, 2008. Disponível em:

<http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13124768&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=5&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n02a13124768pdf001.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2012.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese Version of The Beck Depression Inventory and The State – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. **Braz. J. Med. Biol. Res.** n. 29, 1996. p. 453-457.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da Versão em Português. **Revista Psiquiatria Clínica.** v. 25, n. 5, set-out 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n5/depre255b.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

GOTI, Maria Elena. **La comunidad terapéutica: un desafío a la droga**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990.

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. Rio de Janeiro, mai-jun, 2005. p. 703-714.

HODGINS, D. C.; PEDEN, N. Tratamento cognitivo-comportamental para transtornos do controle de impulsos. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 30, 2008. Supl. 1. p. 31-40.

INSTUIÇÃO PADRE HAROLDO RAHM – IPH. Disponível em:
<<http://padreharoldo.org.br/nossa-historia/>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Boletim de Análise Político-Institucional**. n. 6, nov. 2014.

_____. **Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. n. 21, mar. 2017.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Tradução de: Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972. Coleção Psicanálise, v. 3.

JORGE, Marco Aurelio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em:
<<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

JORGE, M. R.; MASUR, J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. **Br. J. Addict**. v.80, 1985. p. 301-305.

KANDALL, Stephen, R. Women and Drug Addiction: A Historical Perspective. **Journal of Addictive Diseases**. v. 29, n. 2, abr. 2010. p. 117-126. Disponível em:
<<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10550881003684491>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

KAYE, S.; DARKE, S. Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. **Addiction**. v. 97, n. 6. jun. 2002. p. 727-731. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084142>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. **Manual de Aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6)**. 1. ed. Porto Alegre: Centro de Pesquisa em álcool e drogas, 2006. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CCsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cpad.org.br%2Fsite%2Fbr%2Fdownloads-e-escalas%2Fcategory%2F1-arquivos-para-download%3Fdownload%3D%253Amanual-de-aplicao-da-sexta-verso-da-escala-de-gravidade-de-dependencia&ei=Tk6WT_wij5_pAY3LmdMO&usg=AFQjCNFJZ7KgVzdZCd8wMbmDvlkQoYeii>. Acesso em: 15 abr. 2012.

KOLLING, N. M.; PETRY, M.; MELO, W. V. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. **Rev. bras. ter. cogn.** v.7, n.1. Rio de Janeiro, jun. 2011.

KURLANDER, Pablo Andrés. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. saúde coletiva** v.19, n. 2, Rio de Janeiro, fev. 2014a. p. 569-580.

_____. **Fatores prognósticos para o abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em uma Comunidade Terapêutica**. 2014b. 96f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina, Campus de Botucatu (FMB-UNESP). Botucatu, SP.

LARANJEIRA, R. (Supervisão) et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LEWIS, B. F.; ROSS, R. Retention in Therapeutic Communities: Challenges for the Nineties. In: **Therapeutic Community: Advances in Research and Application**. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), 1994. p. 99-116. Disponível em: <<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/144.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

MACHADO, L. A.; VELOSO, A. O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento. **Psicol. Reflex. Crit.** v.24. n.3. p. 523-532. Porto Alegre: 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000300013>.

Acesso em: 30 jul. 2014.

MAGALHÃES, R. B.; SAIDE, O. L. Alcoólicos Anônimos: potencialidades terapêuticas de um grupo de mútua ajuda. In: Associação Brasileira de Psiquiatria. **Debates em Psiquiatria**, v. 5, n. 6, nov-dez 2015. p. 12-20.

MAGOR-BLATCH, L. et al. A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. **Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities**. v. 35, n. 4, 2014. p.168-184.

MALIVERT M. et al. Effectiveness of Therapeutic Communities: a Systematic Review. **Eur Addict Res**. v. 18. n. 1, 2012. Disponível em:

<<http://www.karger.com/Article/FullText/331007>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**. n. 3, 2001. pp. 73-86.

MARTINS, T. E. M.; CARVALHO NETO, M. B.; MAYER, P. C. M. B. F. Skinner e o uso do controle aversivo: um estudo conceitual. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** v.15, n.2. São Paulo, 2013.

MCDOWELL, I. The state-trait anxiety inventory. **Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires**. Oxford University Press: New York. 2006. Disponível em: <http://www.med.uottawa.ca/courses/CMED6203/Index_notes/STAI.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde escolar – 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MORAES, L. J. et al. A systematic review of psychoneuroimmunology-based interventions. **Psychol Health Med.** v. 23, n. 6, 2018. p. 635-652.

MORENO, J. L. **Psicodrama.** Tradução de: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix. 1978.

MY NAME is Bill W. – O valor da vida. Direção: Daniel Petrie. Roteiro: William G. Borchert. Intérpretes: James Woods, Jo Beth Williams, James Garner, Gary Sinise. EUA: 2006. 1 DVD (99 min.), NTSC, son., color.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS - NA. Disponível em: <<http://www.na.org.br/portal>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE. **Models of care for the treatment of drug misusers.** Promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services in England. Part 2. London, 2002. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare2_2002_moc2.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE - NIDA. **Therapeutic Communities**, 2015. Disponível em: <<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

_____. **Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide** 3. ed, jan. 2018. Disponível em: <<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS – OEA; COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS – CICAD. **Informe sobre el consumo de drogas en las Américas – 2019: Resumen Ejecutivo.** Washington: OEA/CICAD, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNCIAL DA SAÚDE – OMS. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Genebra: OMS, 2004.

OLIVEIRA, A. L. C. B. et al. Espiritualidade e religiosidade no contexto do uso abusivo de drogas. **Rev Rene**. v. 18, n. 2, mar-abr. 2017. p. 283-290.

PACHECO, M. V. P. C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 6, n. 2. jun. 2003.

RAHM, Haroldo J. **O caminho da sobriedade: A Fazenda do Senhor Jesus e o Amor-Exigente**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

RAISTRICK, K. D.; DAVIDSON, D. G. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. **Br. J. Addict**. 78: 89-95, 1983.

RAMIREZ, Efrén. **The caribbean model of Therapeutic Communities since its beginnings in 1961 to the present and its future projections**. WFTC Genoa Institute, Genoa, 2010.

RAVNDAL, E.; VAGLUM, P.; LAURITZEN, G. La finalización del tratamiento de internamiento a largo plazo para drogadictos: Estudio prospectivo de 13 unidades. **Revista de Toxicomanias**. n. 44, 2005, p. 25-30. Disponível em: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET_44-3.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

RIBEIRO, Marcelo de Araújo. **Drogas: Uma leitura junguiana da história e da clínica das dependências**. Monografia (Membro Analista), 2012a. 362 p. Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica de São Paulo, São Paulo, SP.

RIBEIRO, Marcelo de Araújo. **Comunidades Terapêuticas: um ambiente tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. Hospital Israelita Albert Einstein, 2003. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012b. p. 239-250.

RIBEIRO, M. A.; LARANJEIRA, R. Evolução do conceito de dependência [atualizada, com comentários sobre o DSM-5]. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. **Dependência, compulsão e impulsividade** (no prelo), 2. ed. c. 1, 2016.

RIBEIRO, M.; YAMAGUCHI, S.; DUAILBI, L. B. Avaliação dos fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 226-238.

RODRIGUÉ, Emilio. **Biografía de una Comunidad Terapéutica**. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1965.

RUIZ, V. S. et al. François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 13, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8596/6488#n2>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SÁNCHEZ-HERVÁS, E. et al. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. **Adicciones**. v. 1, n. 22, mar. 2010, p. 59-64. Disponível em: <<http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/cocaina/46830/>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V.; DOS SANTOS, M. A. Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 2. São Paulo, mai-ago 2014. p. 156-171.

SERRA, Ana Maria M. Teoria e Terapia Cognitiva. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento da dependência química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 106-121.

SHAFFER, Linda. Synanon's history & influence in Therapeutic Communities and emotional Growth Schools – II. **Woodbury Reports Archives - Opinion & Essays**. Sandpoint, Idaho, ago. 1995. Disponível em: <<http://www.strugglingteens.com/archives/1995/8/oe04.html>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SCHOENTHALER, S. J. et al. NIDA-Drug Addiction Treatment Outcome Study (DATOS) Relapse as a Function of Spirituality/Religiosity. **J Reward Defic Syndr**. v. 1, n. 1, 2015. p. 36–45.

SICAD - SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. **Relatório anual 2016: A Situação do País em Matéria de Álcool**. Lisboa: SICAD, 2017. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/130/RelatorioAnual_2016_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

SILVA, C. J.; SERRA A. M. Terapias cognitivo e cognitivo comportamental em dependência química. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v. 26, n. 1. 2004. p. 36-39.

SILVA FILHO, Luis Altenfelder. **Doença mental, um tratamento possível: Psicoterapia de grupo e psicodrama**. 1. ed. São Paulo: Ágora, 2015.

SIMPSON, D. D.; JOE, G. W.; BROOME, K. M. A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. **Archives of General Psychiatry**. v. 59, n. 6, jun. 2002. Disponível em: <<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/59/6/538#RREF-YOA10100-9>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. Therapeutic communities for substance related disorder. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 25, n. 1. 2006

SURJAN, J.; PILLON, S.; LARANJEIRA, R. **O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas?** UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/science/Dependentes%20e%20as%20primeiras%20consultas.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

TERRA, Mauro Barbosa. **Fobia social e alcoolismo:** em estudo da comorbidade. 2005. 154f. (Tese Doutorado). Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo. Disponível em: <http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_doutorado_mauro.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2014.

TERRA, M. B.; FIGUEIRA, I.; ATHAYDE, L. D. Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.** v.25, n.3. Porto Alegre, dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000300005>. Acesso em: 30 mai. 2014.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.** 1995. v. 41, p. 1403-1410.

TIMS, F. M.; JAINCHILL, N.; DE LEON, G. Therapeutic Communities and Treatment Research. In: **Therapeutic Community:** Advances in Research and Application. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), 1994. p. 1-15. Disponível em: <<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/144.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

UNITED NATIONS – UN. **Contribution to the implementation of the joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem with regard to human rights.** Genebra: United Nations General Assembly, 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. **World Drug Report 2017.** Viena: UNODC, 2017.

VANDERPLASSCHEN, W. et al. Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. **ScientificWorldJournal**. v. 2013, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562581/#B30>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

VANDERPLASSCHEN, W.; VANDEVELDE, S.; BROEKAERT, E. **Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges**. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Espanha, 2014.

WILLIAMS, W. A.; POTENZA, M. N. Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 30, 2008. Supl. 1. S24-30.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on alcohol and health – 2018**. Genebra: WHO, 2018.

YORK, P.; YORK, D.; WACHTEL, T. **Amor Exigente: o que fazer quando seu filho se torna revoltado, inconveniente ou viciado?** 2. ed. Tradução de: Marco Antônio Donato. São Paulo: Edições Loyola, 1989.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 1983. p. 361 -370.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Residente,

convidamos você para participar nesta pesquisa, **“FATORES ASSOCIADOS À RECIDIVA E ABANDONO PRECOCE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS EM DUAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: aspectos relacionados à gênero”**, o que é muito importante para nós. No entanto, a sua participação é voluntária, podendo aceitar ou não fazer parte desta pesquisa, podendo retirar o seu consentimento em qualquer momento que o desejar, sem nenhuma sanção ou prejuízo ao seu tratamento. Haverá a possibilidade de mais conversas e esclarecimentos sobre assuntos relacionados a este tema que o preocupem, com qualquer membro da equipe, caso você queira.

O projeto está sendo conduzido nesta Comunidade Terapêutica por entrevistadores treinados, sob a supervisão do supervisor Pablo Andrés Kurlander Perrone, Psicólogo.

Após assinar este termo, serão aplicados cinco questionários, com uma duração aproximada de 15 minutos cada um, sendo que dois destes serão reaplicados mensalmente durante o tratamento. Após a saída do tratamento, seja em caso de desistência ou de graduação, será aplicado um questionário após 3, 6, 9 e 12 meses, podendo este ser aplicado pessoalmente, por telefone ou por meios eletrônicos, com uma duração aproximada de 15 minutos. Serão utilizados dados dos participantes constantes dos Bancos de Dados da Comunidade Terapêutica Nova Jornada.

Este tipo de pesquisa/ação, embora já realizado nesta Comunidade Terapêutica e em outros locais, nunca ocorreu na maioria das Comunidades Terapêuticas brasileiras. O objetivo é conhecer o padrão de uso de álcool e drogas e de certos estilos de vida dos residentes, entender como características individuais e sociais influenciam(ram) o comportamento dos residentes, e fornecer modelos alternativos a esses padrões e estilos prejudiciais. Ao fim e ao cabo, o projeto poderá também ajudar a melhorar a prevenção e o tratamento de problemas associados ao uso de álcool e drogas, além de auxiliar no desenvolvimento de seu tratamento que poderão servir de modelo para outras Comunidades Terapêuticas.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida com membros da equipe, com o Psicólogo Pablo Andrés Kurlander Perrone (14.99689.0812 – pablok@novanorjada.org.br), ou

com a Prof^a Dra. Florence Kerr-Corrêa, Orientadora desta Pesquisa (14.3880.1232 – correaf@fmb.unesp.br).

Caso haja dúvidas éticas, as mesmas poderão ser sanadas junto ao CEP da FMB-Unesp (14.3880.1608). Você também receberá uma cópia deste documento.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Entrevistado

Eu, _____

_____ concordo em participar da pesquisa da Comunidade Terapêutica Nova Jornada sobre o padrão de uso de álcool e drogas, assim como dos estilos de vida dos residentes, e entender como características individuais e sociais influenciam o comportamento dos residentes em relação a sua adesão ao tratamento e à manutenção da abstinência após o mesmo.

Entendo que se trata de uma iniciativa que tem como objetivo contribuir para o melhor tratamento do uso problemático e dependência de álcool e de drogas e de estilos de vida arriscados.

Entendo que haverá total sigilo em relação aos dados coletados, e as informações serão sempre analisadas e divulgadas em conjunto. Entendo, ainda, que meus pais ou responsáveis não terão acesso a nenhuma informação por mim prestada, pois estas são sigilosas.

Autorização do entrevistado

Declaro que concordei em prestar as informações requeridas pelo questionário deste projeto.

Avaré, ____ / ____ / 20__

Assinatura Acolhido

Pablo Andrés Kurlander Perrone
Psicólogo (CRP 06/111.634)

Anexo B – Autorização da CTNJ para uso de dados do banco de dados



**COMUNIDADE TERAPÊUTICA
NOVA JORNADA**

CNPJ: 13.442.491/0001-72
 Utilidade Pública Municipal - Lei nº 1.539 - 07/02/2012
 Inscrição Municipal - 23630 - Inscrição COMAD - 0001
 Filiada à FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas)
 Conveniada com a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas)
 Inscrição CEE (Cadastro Estadual de Entidades) - 1570/2013
 Inscrição no SICAF (Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores)
 Vicinal Avaré-Itatinga Km 4,5 - Avaré, SP
 Fones: (14)99689.0812 - 99689.1062 - 99701.5949
 Caixa Postal 244 - CEP: 18.700-970
www.novajornada.org.br

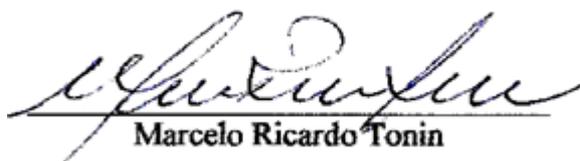
DECLARAÇÃO

Declaro, que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa “**FATORES ASSOCIADOS À RECIDIVA E ABANDONO PRECOCE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS EM DUAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: aspectos relacionados à gênero**”, a ser conduzida pelo Sr. Pablo Andrés Kurlander Perrone, orientado pela Prof^ª. Dr^ª. Florence Kerr-Corrêa, junto a FMB-UNESP, após aprovação do CEP, assim como o acesso a todos os dados de prontuário que se fizerem necessários.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 466/2012, e suas complementares, e que todos os responsáveis pela Instituição se responsabilizarão pelo cumprimento fiel e de boa fé do projeto, respeitada a confidencialidade, sigilo, e beneficência aos participantes, e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Avaré, 07 de julho de 2015


 Marcelo Ricardo Tonin

Anexo C – Termo de Adesão

Eu, _____,
solicito ser acolhido(a) na Comunidade Terapêutica Nova Jornada (CTNJ) para recuperação da dependência química, e declaro voluntariamente o seguinte:

01. Estou aderindo voluntariamente ao programa proposto pela CTNJ, sabendo que posso desistir do mesmo a qualquer momento, sem risco de constrangimento, agressões e pressão de qualquer espécie.
02. Concordo com os critérios de readmissão propostos no **Manual de Rotinas e Procedimentos**.
03. Concordo com que meus documentos pessoais, dinheiro e objetos de valor que porventura possam se encontrar na CTNJ (como telefones celulares, câmeras fotográficas, etc.), sejam guardados pela equipe em local de acesso restrito.
04. Estou ciente de que ao ingressar na CTNJ será realizada a revista dos meus pertences, para evitar a entrada de objetos não permitidos.
05. Concordo em receber visitas conforme estabelecido no **Regulamento de Visita**.
06. As saídas acontecerão de acordo com o **PAS (Plano de Atendimento Singular)**.
07. Concordo que as minhas correspondências, assim como os volumes a enviar ou receber, sejam abertos e fechados na presença da equipe, a fim de evitar a entrada e saída de objetos não permitidos. A correspondência não será lida pela equipe da CTNJ.
08. Estou ciente de que: agressões físicas, práticas sexuais de qualquer espécie, uso de álcool e/ou drogas, roubos, recusa constante de atendimento à disciplina, podem levar ao desligamento do programa de acolhimento (Alta Administrativa por indisciplina).
09. Estou ciente de que é proibido fazer negócios dentro da CTNJ, como trocar ou vender objetos, ou pagar para que outro faça algum serviço da minha responsabilidade.
10. Estou ciente de que a Graduação acontecerá no dia de visita, no mês correspondente ao término do PAS.

Avaré, ____ / ____ / ____

Acolhido(a)

Responsável pela CTNJ

Anexo D – Termo de compromisso

Eu, _____

R.G. nº _____, CPF nº _____

Endereço: _____

Nº _____ Bairro: _____ CEP: _____

Fone: _____ Email: _____

responsável pelo acolhimento de _____

em ___/___/___ na *Comunidade Terapêutica Nova Jornada*, DECLARO:

1. Ter recebido uma cópia do *Manual de orientação inicial*, referente ao compromisso de deveres e obrigações de acolhidos(as) e familiares durante o período de acolhimento do(a) candidato(a), e declaro também ter concordado com todas as exigências citadas nos regulamentos contidos no mesmo.
2. Estar assumindo agora, em caso de vaga não conveniada com programas de financiamento público, a total responsabilidade pelo fornecimento dos materiais de uso pessoal necessários durante o transcurso do processo.
3. Estar assumindo agora a total responsabilidade pelo ressarcimento dos danos físicos e materiais que possam ser provocados pelo(a) acolhido(a), tanto dentro da CTNJ como fora da mesma em caso de fuga.
4. Declaro também estar deixando os seguintes documentos pessoais e objetos de valor:

Avaré, ___ de _____ de 20___

 Nome por extenso
 (Familiar ou responsável)

 Assinatura
 (Familiar ou responsável)

 Nome por extenso
 Acolhido(a)

 Assinatura
 Acolhido(a)

 Responsável pela CTNJ

Anexo E – Termo de autorização de uso de imagens

Eu, _____,

R.G. nº _____, CPF nº _____,

acolhido(a) nesta Comunidade Terapêutica **AUTORIZO** esta entidade a disponibilizar conteúdos eletrônicos contendo minha imagem (foto) em todas as vias de comunicação eletrônica de que a mesma se utilize, sabendo também que tenho plena liberdade de não assinar este termo caso deseje preservar o meu anonimato, sem ser alvo, por isto, de nenhuma forma de constrangimento, assim como também posso cancelar esta autorização a qualquer momento, por escrito, caso considere inapropriado o conteúdo divulgado.

Avaré, ___ de _____ de 20__

Nome por extenso
(Familiar ou responsável)

Assinatura
(Familiar ou responsável)

Nome por extenso
Acolhido(a)

Assinatura
Acolhido(a)

Responsável pela CTNJ

Anexo F – Características do programa da CTNJ

O Projeto Terapêutico da CTNJ (CTNJ, 2017a) foi elaborado em concordância com as legislações nacionais vigentes (Lei 10.216/2001; RDC 29/2011 ANVISA; Portaria 3088/2011; Resolução CONAD 01/2015 – Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas), e também com as diretrizes de organizações nacionais especializadas na pesquisa e tratamento da dependência química, como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), alinhados a organismos internacionais, tais como a *Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas* (FLACT), *World Federation of Therapeutic Communities* (WFTC) e *National Institute on Drug Abuse* (NIDA).

Todo o Projeto Terapêutico da CTNJ se baseia na construção do Plano de Atendimento Singular – PAS, que tem por objetivo principal a singularização do atendimento de acordo com as peculiaridades e necessidades de cada indivíduo, considerando características singulares (fatores de risco e de proteção) tais como: histórico de vida, recursos comportamentais e cognitivos, nível de gravidade da dependência, características da relação com o consumo de substâncias psicoativas (SPAs) (tempo de uso, principal SPA de consumo, via de consumo), presença de comorbidades, estrutura familiar de origem e de convivência, histórico laboral, nível de escolaridade, nível socioeconômico, assim como as características geopolíticas de seu município de origem, entre outros.

Este Projeto Terapêutico visa principalmente a reinserção social do acolhido, promovendo a todo momento o empoderamento e a autonomia do mesmo, o que contribui com a crescente desinstitucionalização, através da progressão das seguintes Fases:

Quadro 7 - Projeto Terapêutico da CTNJ por Fases

Fase		Tempo
1. Acolhimento		10 a 30 dias
2. Avaliação diagnóstica		1 a 2 meses
3. Ressocialização	3.1 Pré-Ressocialização	1 a 2 meses
	3.2 Ressocialização inicial	2 a 7 meses
	3.3 Ressocialização intermediária	
	3.4 Ressocialização avançada	
Duração Mínima		4 meses e 10 dias
Duração Máxima		12 meses

Cada uma das fases possui um foco específico, atividades específicas e critérios de passagem de fase específicas, relacionadas no Projeto Terapêutico (CTNJ, 2017a).

Algumas das atividades realizadas na CTNJ, por tipo de atividade, são as relacionadas a seguir:

Quadro 8 - Atividades desenvolvidas na CTNJ, por tipo de atividade

1	Atividades recreativas, esportivas, artísticas e culturais	<ul style="list-style-type: none"> ● projetos esportivos internos ● projetos culturais internos ● atividades esportivas de lazer (futebol, sinuca, baralho, dominó); ● gincanas esportivo-culturais; ● outras atividades de lazer desenvolvidas no tempo livre.
2	Atividades de desenvolvimento da espiritualidade	<ul style="list-style-type: none"> ● atividades religiosas internas; ● ensaios de louvores; ● reflexão matinal; ● reuniões de 12 Passos; ● escrita do 4º Passo; ● Reforço Comunitário; ● dinâmicas de grupo; ● Grupos Operativos; ● atendimento psicológico individual; ● grupos de mútua ajuda; ● reuniões de partilha.
3	Atividades de autocuidado e sociabilidade	<ul style="list-style-type: none"> ● higiene pessoal; ● arrumação e limpeza dos pertences e das acomodações de repouso e banheiro; ● participação na elaboração das refeições e limpeza da cozinha e do refeitório de uso coletivo; ● participação na limpeza e organização de espaços coletivos, como salas de recreação, jardins e hortas de consumo interno.
4	Atividades de capacitação, promoção da aprendizagem e formação	<ul style="list-style-type: none"> ● reuniões de estudo sobre Psicologia; ● reuniões de estudo sobre dependência química; ● reuniões de estudo sobre 12 Passos (1º a 3º; 6º e 7º; 10º a 12º); ● escrita do 4º Passo; ● cursos profissionalizantes; ● programas de alfabetização e escolaridade;

Cabe ressaltar que muitas destas atividades não são de caráter obrigatório, principalmente as práticas religiosas, nas quais o acolhido participa por iniciativa pessoal. Quando consta no Cronograma da CT uma atividade religiosa específica, sempre acontece no mesmo momento outro tipo de atividade da qual acolhido pode participar, se assim o preferir. O respeito à orientação religiosa, ou não religiosa, é um dos conceitos básicos da CTNJ, que não professa nenhuma religião específica, porém sugere que o acolhido desenvolva alguma

forma de espiritualidade, da sua escolha, durante o processo terapêutico, podendo inclusive ter acesso a grupos religiosos externos a CT, se for de sua preferência.

Durante todo o processo terapêutico acontece concomitantemente o Programa de Pesquisa Continuada, que tanto dá suporte para as avaliações do PAS quanto propicia a análise estatística permanente dos dados epidemiológicos, transversal e longitudinalmente, dos grupos de acolhidos de forma não amostral, mas sim censitária, já que a todo momento pode ser avaliada a totalidade dos casos.

Para este fim são utilizados diversos instrumentos de pesquisa e avaliação, a maior parte deles validados nacional e internacionalmente, e outros desenvolvidos pela equipe da CTNJ. Estes instrumentos são aplicados por indivíduos treinados para este fim, preferencialmente estagiários de Psicologia ou de Serviço Social.

Os dados obtidos destas pesquisas já foram base de estudo de diversas monografias, da dissertação de mestrado do autor desta pesquisa, e também deste presente estudo.

Crítérios de desligamento e readmissão

Como já foi dito, o tratamento na CTNJ é voluntário, ou seja, o acolhido pode abandoná-lo quando desejar, de acordo com os protocolos da instituição.

O acolhido também pode ser desligado da CT (alta administrativa), sendo que, de acordo com as normas básicas da CT contidas no Manual de Rotinas e Procedimentos (CTNJ, 2017b) são as seguintes:

- uso de álcool/drogas dentro da CT;
- práticas sexuais de qualquer espécie, com outros acolhidos ou com visitantes³⁷;
- agressão física ou ameaças e agressões verbais constantes³⁸;
- roubos;
- recusa constante de atendimento à disciplina³⁹.

³⁷ Mesmo se tratando de residentes casados, não podem manter nenhum tipo de relação sexual dentro das dependências da CT, por não haver nenhum local apropriado para este tipo de prática.

³⁸ No caso de agressão física, uma única vez é suficiente para o acolhido ser desligado do programa de tratamento, no caso das ameaças e agressões verbais, o residente será abordado pela equipe e receberá orientação e alguma sanção por causa deste comportamento, mas se reincidir frequentemente poderá ser desligado do tratamento.

³⁹ Isto significa que o acolhido não participa de nenhuma das atividades propostas, não cumpre as regras básicas de convivência dentro da CT, sendo que estas são definidas através da participação coletiva. O acolhido será advertido algumas vezes ao respeito deste tipo de comportamento, e questionado sobre o seu desejo de permanecer na CT. Caso continue não aderindo as regras básicas e não participando das atividades, poderá ser desligado da CT.

Os acolhidos poderão ser readmitidos na CTNJ seguindo os seguintes critérios:

- em caso de **conclusão (alta terapêutica)** seguida de recaída, o candidato poderá ser readmitido imediatamente, caso haja vaga disponível;
- em caso de **abandono (alta solicitada)** do programa, o candidato será readmitido somente após seis (6) meses da data do abandono⁴⁰;
- em caso de **desligamento (alta administrativa)**, cada caso será avaliado separadamente, sendo que a CTNJ se reserva o direito de não readmitir o candidato, considerando que para os casos favoráveis à readmissão, o tempo mínimo de espera será o mesmo dos casos de abandono;
- em caso de **fuga (evasão)** ou de reincidência no **abandono (alta solicitada)**, o procedimento será o mesmo dos casos de alta administrativa;
- em caso de **segunda conclusão (alta terapêutica)**, o caso será avaliado pela equipe, visando compreender se o candidato teve ganhos reais no processo anterior, verificando se trata-se de um caso específico para CT, buscando evitar casos de institucionalização.

Equipe

A equipe da CTNJ é do tipo mista, ou seja, está composta por profissionais e dependentes em recuperação (Conselheiros), além dos voluntários diversos. Esta modalidade de formação da equipe de trabalho é a que obteria melhores resultados, segundo diversos autores (FRACASSO; LANDRE, 2012; DE LEON, 2008; GOÑI, 2008; CONDELLI; DE LEON, 1993; GOTI, 1990; JONES, 1972; RODRIGUÉ, 1965).

No Quadro abaixo estão relacionados os componentes da equipe de trabalho das duas unidades da CTNJ, considerando 50 vagas na Unidade Masculina e 20 vagas na Unidade Feminina.

⁴⁰ Este tempo de 6 meses foi estipulado principalmente para que o grupo no qual o acolhido irá se inserir tenha se renovado desde a sua saída, considerando que o grupo de acolhidos da CT é sempre rotativo.

Quadro 9 - Equipe da CTNJ

Função	Quantidade	Horas/semana	Regime de contratação
Psicólogo	4	30h	CLT
Psicólogo	1	10h	MEI
Estagiário de Psicologia	5	20h	Contrato de estágio remunerado
Assistente Social	2	30h	CLT
Administrador de empresas	2	40h	CLT
Conselheiro – Plantonista	6	40h	CLT
Motorista	1	40h	CLT
Logística e compras	1	40h	CLT
Total:	22		

Considerando que há 70 vagas disponíveis, sendo 50 na unidade masculina e 20 na unidade feminina, havendo um total de 22 funcionários, não considerando os diversos voluntários de atividades específicas, há praticamente um funcionário para cada 3 acolhidos, sendo todos estes contratados de acordo com a legislação trabalhista vigente.

Vale a pena ressaltar também que no programa de estágio curricular de Psicologia participam semestralmente aproximadamente 25 estudantes, que realizam grupos de Treinamento de Habilidades Sociais nas duas unidades. A equipe técnica da CTNJ oferece anualmente, de forma gratuita nas instalações da instituição de ensino superior parceira, um curso de Extensão Universitária de Capacitação em dependência química para os alunos que participarão do estágio, assim como para outros alunos interessados de cursos diversos.

Recursos financeiros

Os recursos necessários para a manutenção do trabalho da entidade provêm das seguintes fontes:

- Doações espontâneas em espécie ou em dinheiro.
- Convênio com o Governo Federal através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que contempla 15 vagas masculinas.
- Termo de Atuação em Rede com o Governo do Estado de São Paulo, através do Programa Recomeço, que contempla 25 vagas masculinas e 15 femininas.
- Promoção de eventos geradores de renda, como festas e rifas, por exemplo.

Cabe ressaltar que todas as vagas oferecidas pela CTNJ são totalmente gratuitas, mesmo as não conveniadas, que são subsidiadas com recurso próprio. Também vale especificar que a CTNJ fornece, em grande parte dos casos, todo o material de higiene pessoal, e em alguns casos também roupas, roupas de cama e banho.

Anexo G – Questionário de dados gerais, sociodemográficos e de saúde

Data: ___/___/___

Nº _____

Entrevistador: _____

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Naturalidade: _____

4. UF: _____

5. Cidade de Encaminhamento: _____

6. UF: _____

7. Data Nasc.: ___/___/___ 8. RG: _____ 9. CPF: _____

10. Trabalha: (S) (N) 11. Onde? _____

12. Endereço: _____

13. Bairro: _____

14. Cidade: _____

15. UF: _____

16. Telefones: _____

17. Email: _____

18. Religião:

- | | | |
|----------------------------|---------------------|--------------------------|
| (0) Não tem | (3) Espírita | (6) Orientais/budismo |
| (1) Católica | (4) Judaica | (7) Outra |
| (2) Evangélica/protestante | (5) Afro-brasileira | (8) Prejudicado/não sabe |

19. Você pratica a sua religião?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| (0) Não tenho prática religiosa | (3) Freqüente pelo menos 2x / mês |
| (1) Não freqüente, porém oro/rezo ou acredito | (4) Freqüente 1x / semana |
| (2) Freqüente menos que 1x / mês | (5) Freqüente 2x / semana ou mais |

20. E. Civil:

- | | | |
|--------------|-------------------------|------------|
| (1) Solteiro | (3) Separado/divorciado | (5) Viúvo |
| (2) Casado | (4) Amasiado | (6) Outros |

21. Filhos (qtde.) _____ 22. Idade e sexo: _____

23. Nome da Esposa: _____

24. Idade: _____ 25. Profissão: _____

26. Tempo de Casamento: _____

27. Nome do Pai: _____

28. Idade: _____ 29. Profissão: _____

30. Nome da Mãe: _____

31. Idade: _____ 32. Profissão: _____

33. Pais Separados: (S) (N)

34. Profissão: _____

35. Codificação da Profissão

- | | |
|--|--|
| (1) Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas | (8) Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário |
| (2) Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais | (9) Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos |
| (3) Vendas | (10) Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda |
| (4) Apoio Administrativo e de Escritório | (11) Trabalhador Rural |
| (5) Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto | (12) Militar |
| (6) Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores | (13) Empregados Domésticos |
| (7) Ocupações de Transporte e Mudanças | (14) Outro |

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

- | | |
|------------|---------------------------------|
| (1) Branca | (4) Amarela (asiático, japonês) |
| (2) Preta | (5) Indígena |
| (3) Parda | (6) Outros |

37. Estuda: (S) (N) 38. Escolaridade:

- | | | | |
|----------------|---------|---------|---------|
| (1) Analfabeto | (3) EFC | (5) EMC | (7) ESC |
| (2) EFI | (4) EMI | (6) ESI | |

AVALIAÇÃO ABEP DE ESTRATO SOCIAL (Perguntas 38 a 43)**38. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (anotar quem é o chefe da família)**

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| (0) Analfabeto/ EF I incompleto | (2) EF II completo / EM incompleto |
| (1) EF I completo/EF II incompleto | (4) EM completo / ES incompleto |
| | (7) ES completo |

39. Quais e quantos destes itens você possui em sua casa?

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava-louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	4	6	6
Lava-roupas	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secador de roupas	0	2	2	2	2

40. Possui água encanada? (S-4) (N-0) 41. Possui rua pavimentada? (S-2) (N-0)

42. Total: _____

43. Estrato Social:

(1) 43-100

(3) 26-36

(5) 15-18

(7) 0-10

(2) 37-42

(4) 19-25

(6) 11-14

B. DADOS REFERENTES À DEPENDÊNCIA QUÍMICA

44. Drogas utilizadas (na vida):

(0) Tabaco

(4) Cocaína

(8) Heroína/opioides

(1) Álcool

(5) Crack

(9) Solventes/inalantes

(2) Maconha

(6) Estimulantes

(10) Outros

(3) Sedativos

(7) Alucinógenos

45. Principal droga de abuso:

(1) Álcool

(5) Crack

(9) Solventes/inalantes

(2) Maconha

(6) Estimulantes

(10) Outros

(3) Sedativos

(7) Alucinógenos

(4) Cocaína

(8) Heroína/opioides

46. Tempo de uso Tabaco (em anos): _____

47. Tempo de uso Álcool (em anos): _____

48. Tempo de uso outras drogas (em anos): _____

49. Tempo de uso da principal droga de abuso (em anos): _____

50. Há (ou houve) dependentes químicos na família de convivência? (S) (N)

51. Quem? _____

52. Já participou de grupos de apoio (AA, NA, etc)? (S) (N)

53. Já teve internações anteriores: (S) (N) 54. Quantas vezes? () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

55. Onde? Quando? Quanto tempo?: _____

56. Já foi detido: (S) (N) 57. Quantas vezes: () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

58. Por que? _____

59. Já foi preso: (S) (N) 60. Quantas vezes: () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

61. Por que? _____

62. Tempo total de detenção (em anos): () até 1 () 1-3 () 3-10 () +10

63. Processos em andamento: (S) (N)

64. Por que? _____

65. Processos anteriores: (S) (N) 66. Por que? _____

67. Já se encontrou em situação de rua? (S) (N)

68. Tempo total em situação de rua (em anos): () até 1 () 1-3 () 3-10 () +10

69. Já teve problemas laborais por causa da sua dependência? (S) (N)

70. Quantas vezes? () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

71. No momento está desempregado por causa da sua dependência? (S) (N)

72. Há quanto tempo (em anos)? () até 1 () 1-3 () 3-10 () +10

73. Já teve problemas familiares por causa da sua dependência? (S) (N)

74. Quantas vezes? () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

75. Já teve problemas de saúde por causa da sua dependência? (S) (N)

76. Quantas vezes? () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

77. Já teve internações hospitalares por causa da sua dependência? (S) (N)

78. Quantas vezes? () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

C. SAÚDE

79. Uso atual de Medicação geral (qual, quanto tempo, motivo):

80. Você já teve, ou tem:

- | | |
|-----------------------------|--|
| (1) Pressão Alta | (10) Hepatite A |
| (2) Diabetes | (11) Hepatite B |
| (3) Doença Cardíaca | (12) Hepatite C |
| (4) Derrame/Isquemia (AVC) | (13) Cirrose ou outra doença crônica do fígado |
| (5) Epilepsia ou convulsões | (14) Doença renal crônica |
| (6) Câncer | (15) Problema respiratório crônico |
| (7) HIV/AIDS | (16) Outros problemas de saúde: |
| (8) Outras DSTs: _____ | _____ |
| (9) Tuberculose | _____ |

81. Uso atual de Medicação psicoativa (qual, quanto tempo, motivo):

82. Você já teve, ou tem (foi diagnosticado):

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| (1) Ansiedade | (7) Comportamento violento |
| (2) Depressão | (8) Dificuldade de concentração |
| (3) Esquizofrenia | (9) Insônia |
| (4) Alucinações (sem álcool/drogas) | (10) Transtornos alimentares |
| (5) Ideações suicidas | (11) Transtorno Bipolar |
| (6) Tentativas de suicídio | (12) Outros: _____ |

83. Você tem alguma incapacidade física? () Sim () Não 84. Qual? _____

85. Você já esteve hospitalizado/internado por outros problemas de saúde?

() Sim () Não

86. Quantas vezes? () 1 () 2-3 () 4-10 () +10

87. Por que? _____

88. Tempo total de hospitalização (em anos): () até 1 () 1-3 () 3-10 () +10

89. No momento, você sente algum desconforto físico? () Sim () Não 90. Qual? _____

Anexo H – Inventário de Beck para Depressão (*Beck Depression Inventory - BDI*)

Nome: _____ Idade: _____

Data: ___/___/___ Aplicação:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0	Não me sinto triste
	1	Eu me sinto triste
	2	Estou sempre triste e não consigo sair disto
	3	Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
2	0	Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
	1	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
	2	Acho que nada tenho a esperar
	3	Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
3	0	Não me sinto fracassado
	1	Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
	2	Quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
	3	Sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4	0	Tenho tanto prazer em tudo como antes
	1	Não sinto mais prazer nas coisas como antes
	2	Não encontro um prazer real em mais nada
	3	Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
5	0	Não me sinto especialmente culpado
	1	Eu me sinto culpado grande parte do tempo
	2	Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
	3	Eu me sinto sempre culpado

6	0	Não acho que esteja sendo punido
	1	Acho que posso ser punido
	2	Creio que vou ser punido
	3	Acho que estou sendo punido
7	0	Não me sinto decepcionado comigo mesmo
	1	Estou decepcionado comigo mesmo
	2	Estou enojado de mim
	3	Eu me odeio
8	0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
	1	Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
	2	Eu me culpo sempre por minhas falhas
	3	Eu me culpo por tudo de mal que acontece
9	0	Não tenho quaisquer ideias de me matar
	1	Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
	2	Gostaria de me matar
	3	Eu me mataria se tivesse oportunidade
10	0	Não choro mais que o habitual
	1	Choro mais agora do que costumava
	2	Agora, choro o tempo todo
	3	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria

11	0	Não sou mais irritado agora do que já fui
	1	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
	2	Agora, eu me sinto irritado o tempo todo
	3	Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
12	0	Não perdi o interesse pelas outras pessoas
	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
	2	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
	3	Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	0	Tomo decisões tão bem quanto antes
	1	Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
	2	Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
	3	Absolutamente não consigo mais tomar decisões
14	0	Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
	1	Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo
	2	Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
	3	Acredito que pareço feio
15	0	Posso trabalhar tão bem quanto antes
	1	É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
	2	Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
	3	Não consigo mais fazer qualquer trabalho

16	0	Consigo dormir tão bem como o habitual
	1	Não durmo tão bem como costumava
	2	Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
	3	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
17	0	Não fico mais cansado do que o habitual
	1	Fico cansado mais facilmente do que costumava
	2	Fico cansado em fazer qualquer coisa
	3	Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
18	0	O meu apetite não está pior do que o habitual
	1	Meu apetite não é tão bom como costumava ser
	2	Meu apetite é muito pior agora
	3	Absolutamente não tenho mais apetite
19	0	Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
	1	Perdi mais do que 2 quilos e meio
	2	Perdi mais do que 5 quilos
	3	Perdi mais do que 7 quilos
		Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____

20	0	Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual
	1	Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
	2	Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
	3	Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21	0	Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
	1	Estou menos interessado por sexo do que acostumava
	2	Estou bem menos interessado por sexo atualmente
	3	Perdi completamente o interesse por sexo

Total: _____ pontos

Até 9 pontos: ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos

De 10 a 18 pontos: depressão leve a moderada

De 19 a 29 pontos: depressão moderada a grave

Mais de 30 pontos: depressão grave

**Anexo I – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*Stalt-Trait Anxiety Inventory* –
IDATE) – IDATE-E**

Nome: _____

Data aplicação: __/__/__ Aplicação:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Avaliação: 1. Absolutamente não – 2. Um pouco – 3. Bastante – 4. Muitíssimo

1	<i>Sinto-me calmo(a)</i>	1	2	3	4
2	<i>Sinto-me seguro(a)</i>	1	2	3	4
3	Estou tenso(a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido(a)	1	2	3	4
5	<i>Sinto-me à vontade</i>	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	<i>Sinto-me descansado(a)</i>	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10	<i>Sinto-me “em casa”</i>	1	2	3	4
11	<i>Sinto-me confiante</i>	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13	Estou agitado(a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	<i>Estou descontraído(a)</i>	1	2	3	4
16	<i>Sinto-me satisfeito(a)</i>	1	2	3	4
17	Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18	Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19	<i>Sinto-me alegre</i>	1	2	3	4
20	<i>Sinto-me bem</i>	1	2	3	4

Total: _____ pontos

As questões em *itálico* recebem pontuação inversa, ou seja, 4, 3, 2 e 1 respectivamente.

**Anexo J – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*Stalt-Trait Anxiety Inventory* –
IDATE) – IDATE-T**

Nome: _____

Data aplicação: __/__/__ Aplicação:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Avaliação: 1. Quase nunca – 2. Às vezes – 3. Frequentemente – 4. Quase sempre

1	<i>Sinto-me bem</i>	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	<i>Sinto-me descansado(a)</i>	1	2	3	4
7	<i>Sinto-me calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo(a)</i>	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	<i>Sou feliz</i>	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13	<i>Sinto-me seguro(a)</i>	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises e problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16	<i>Estou satisfeito(a)</i>	1	2	3	4
17	Às vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão à serio que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	<i>Sou uma pessoa estável</i>	1	2	3	4
20	Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Total: _____ pontos

As questões em *itálico* recebem pontuação inversa, ou seja, 4, 3, 2 e 1 respectivamente.

Anexo K – SADD (Short Alcohol Dependence Data)

Nome: _____

<p>1. Você acha difícil tirar o pensamento de usar álcool da cabeça:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>2. Acontece de você deixar de comer por causa do álcool:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>
<p>3. Você planeja seu dia em função da bebida:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>4. Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite):</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>
<p>5. Na falta de sua bebida preferida, usa qualquer outra:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>6. Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>
<p>7. Você acha que o quanto você bebe chega a lhe prejudicar:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>8. No momento em que você começa a usar álcool é difícil parar:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>
<p>9. Você tenta se controlar (tenta deixar de usar álcool e não consegue):</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>10. Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha usado muito, você precisa de uma dose de álcool para se sentir melhor:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>

<p>11. Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha usado muito álcool:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>12. Depois de ter usado muito álcool, você levanta com náuseas ou vômitos e/ou fissura:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>
<p>13. Na manhã seguinte a uma noite em que tenha usado muito álcool, você levanta não querendo ver ninguém:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>14. Depois de ter usado muito álcool, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>
<p>15. Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo:</p> <p>0. Nunca ()</p> <p>1. Poucas vezes ()</p> <p>2. Muitas vezes ()</p> <p>3. Sempre ()</p> <p>9. S.I. ()</p>	<p>Dorme ou come demais, sente-se pesado (“tipo ressaca”) ou outros sintomas (como muita fissura) que já não tenha mencionado? Anotar.</p> <hr/> <hr/> <hr/>

Diagnóstico

Data ____/____/____

Pontuação: _____

Anexo L – Escala SDS (*Severity Dependence Scale*) – Maconha e Cocaína

Nome: _____

Data: ____/____/____ Entrevistador: _____

Nos últimos 3 meses:

1. Você acha que o seu uso de cocaína⁴¹ está fora de controle?

- (0) Nunca / Quase Nunca
- (1) Às vezes
- (2) Frequentemente
- (3) Sempre ou quase sempre

2. A idéia de não ter cocaína o deixa ansioso ou preocupado?

- (0) Nunca / Quase Nunca
- (1) Às vezes
- (2) Frequentemente
- (3) Sempre ou quase sempre

3. Você se preocupa com o seu uso de cocaína?

- (0) Nunca / Quase Nunca
- (1) Às vezes
- (2) Frequentemente
- (3) Sempre ou quase sempre

4. Você gostaria de parar?

- (0) Nunca / Quase Nunca
- (1) Às vezes
- (2) Frequentemente
- (3) Sempre ou quase sempre

5. Quão difícil você acha ficar sem cocaína?

- (0) Nunca / Quase Nunca
- (1) Às vezes
- (2) Frequentemente
- (3) Sempre ou quase sempre

6. Que idade experimentou cocaína pela primeira vez? _____ anos

ESCORE SDS: ____/15

⁴¹ No SDS Maconha troca o nome da SPA, e mantêm-se as perguntas.

Anexo M – Escala de Apoio Social (*Social supported scale*)

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
Material	que o ajude, se ficar de cama?					
	para levá-lo ao médico?					
	para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
Afetivo	que demonstre amor e afeto por você?					
	que lhe dê um abraço?					
	que você ame e que faça você se sentir querido?					
Emocional	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?					
Informação	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?					
Interação social positiva	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)*100*

Anexo N – Questionário de avaliação da fissura de cocaína (*Cocaine Craving Questionnaire Brief – CCQ-B*), versão brasileira adaptada para o crack

Nome: _____

i	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data: ___/___/___ Aplicação:

Indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma das frases abaixo marcando em apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for a marca de um dos lados, mais você concordará ou discordará da frase. Por favor, complete cada item. Gostaríamos de saber o que você pensa e sente agora enquanto responde ao questionário.

1. Eu desejo tanto fumar crack que quase posso sentir seu gosto.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

2. Eu tenho um desejo muito forte pelo crack.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

3. Vou fumar crack assim que puder.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

4. Acho que poderia resistir a fumar crack neste momento.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

5. Eu estou com fissura pelo crack agora.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

6. Tudo que queria fazer agora era fumar crack.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

7. Não sinto nenhum desejo pelo crack neste momento.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

8. Fumar crack agora faria as coisas parecerem perfeitas.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

9. Eu vou fumar crack assim que tiver a chance.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

10. Nada seria melhor do que fumar crack agora.

DISCORDO TOTALMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO TOTALMENTE
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

Score Total: _____ Score Fator 1: _____ Score Fator 2: _____

Anexo O – Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA)

Nome: _____

Data aplicação: ___/___/___ Data de desistência: ___/___/___

Tempo de tratamento: ___ meses ___ dias

Se nega a responder ()

Leia atentamente, sem pressa, os itens abaixo, e assinale aqueles com os quais você se identifica neste momento, marcando um “X” em “sim” ou “não”.

	SIM	NÃO
1. Sinto muita vontade de usar álcool e/ou drogas.		
2. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar às regras.		
3. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar à equipe de trabalho.		
4. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar aos companheiros de tratamento.		
5. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar às atividades propostas.		
6. Acredito que não necessito mais permanecer em tratamento para poder manter a abstinência de álcool e/ou drogas.		
7. Acredito que já aprendi o suficiente para poder manter a abstinência de álcool e/ou drogas.		
8. Percebo que melhorou a relação com a minha família e por isso já posso voltar para casa.		
9. Acredito que estou muito bem espiritualmente, e por isso vou conseguir ficar em abstinência de álcool/drogas fora do tratamento.		
10. Acredito que estou pronto para atingir meus objetivos fora do tratamento.		
11. Acredito que vou conseguir ficar em abstinência de álcool e/ou drogas, mesmo sabendo que muitos recaem depois de abandonar o tratamento.		
12. Sinto muita necessidade de começar a trabalhar e ganhar dinheiro.		

Assinatura Acolhido

**Anexo P – Questionário de avaliação de comportamentos, sensações e percepções
(ACSP)**

Data: ___/___/___ **Nome:** _____

Tempo de tratamento: ___ meses ___ dias **Aplicação n°:** _____

Descreva os comportamentos, sensações e percepções com que se identifica em cada um dos itens abaixo, assinalando a intensidade de cada um deles, de acordo com a escala proposta, sempre considerando o intervalo entre a última avaliação e a data atual.

1. Sinto muita vontade de usar álcool e/ou drogas.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
2. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar às regras da CT.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
3. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar à equipe de trabalho.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
4. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar aos companheiros de tratamento.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
5. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar às atividades propostas pela CT.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
6. Acredito que não necessito mais permanecer em tratamento para poder manter a abstinência de álcool e/ou drogas.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
7. Acredito que já aprendi o suficiente para poder manter a abstinência de álcool e/ou drogas.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
8. Percebo que melhorou a relação com a minha família e por isso já posso voltar para casa.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
9. Acredito que estou muito bem espiritualmente, e por isso vou conseguir ficar em abstinência de álcool/drogas fora do tratamento.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
10. Acredito que estou pronto para atingir meus objetivos fora do tratamento.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
11. Acredito que vou conseguir ficar em abstinência de álcool e/ou drogas se sair agora da CT, mesmo sabendo que muitos recaem depois de abandonar o tratamento.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
12. Sinto muita necessidade de começar a trabalhar e ganhar dinheiro.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
13. Senti vontade de abandonar o tratamento neste período.			
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre

Anexo Q – Questionário de avaliação externa (QAEX)

Avaliação mês:

3º	6º	9º	12º
----	----	----	-----

Nome: _____

Graduado () Desistente ()

Forma de Contato: Pessoal () Telefônico () Internet () Não encontrado ()

Data: ___/___/___ Não quer responder ()

Familiar contatado: Pai () Mãe () Irmã(o) () Esposa/Namorada () Filho(a) () Outro ()

Forma de Contato: Pessoal () Telefônico () Internet () Não encontrado ()

Data: ___/___/___ Não quer responder ()

Todas as respostas se referem ao período compreendido entre a última avaliação e a data atual. A primeira linha de cada pergunta representa a resposta do ex-residente, e a segunda a do familiar contatado como forma de conferência dos dados fornecidos pelo DQ.

1. Participação em Grupos de Apoio				
Dependente	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
Familiar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
2. Participação em grupos religiosos				
Dependente	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
Familiar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
3. Participação em grupos de estudos (escolas, cursos, etc.)				
Dependente	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
Familiar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
4. Trabalho remunerado				
Dependente	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
Familiar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
5. Relacionamento com família de origem (se tiver)				
Dependente	(0) Ruim	(1) Regular	(2) Bom	(3) Ótimo
Familiar	(0) Ruim	(1) Regular	(2) Bom	(3) Ótimo
6. Relacionamento com família constituída (se tiver)				
Dependente	(0) Ruim	(1) Regular	(2) Bom	(3) Ótimo
Familiar	(0) Ruim	(1) Regular	(2) Bom	(3) Ótimo
7. Situações de risco espontâneas				
Dependente	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
Familiar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
8. Situações de risco provocadas				
Dependente	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
Familiar	(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Frequentemente	(3) Sempre
9. Recaídas – Uso de álcool/drogas				
Dependente	(0) Não	(1) Uma vez	(2) de 2 a 5 vezes	(3) + 5 vezes
Familiar	(0) Não	(1) Uma vez	(2) de 2 a 5 vezes	(3) + 5 vezes