

FSP - FACULDADE SUDOESTE PAULISTA
ICE – Instituição Chaddad de Ensino S/C Ltda

PSICOLOGIA

PABLO ANDRES KURLANDER PERRONE

**A “SÍNDROME DOS TRÊS MESES”:
A DESISTÊNCIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA
EM DUAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO INTERIOR DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

AVARÉ - SP
2012

PABLO ANDRES KURLANDER PERRONE

**A “SÍNDROME DOS TRÊS MESES”:
a desistência no tratamento da dependência química
em duas Comunidades Terapêuticas do interior do Estado de São Paulo**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da FSP – Faculdade Sudoeste Paulista como requisito parcial para obtenção do título bacharel em Psicologia.

Orientador: Profª Ms. Ana Cláudia Ovíle
Co-Orientador: Prof. Ms. João Roberto Franco

AVARÉ - SP
2012

**FACULDADE SUDOESTE PAULISTA – FSP
PSICOLOGIA**

FOLHA DE APROVAÇÃO DE MONOGRAFIA

TÍTULO: A “SÍNDROME DOS TRÊS MESES”: A DESISTÊNCIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM DUAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

AUTOR: PABLO ANDRES KURLANDER PERRONE

ORIENTADOR: PROF^a MS. ANA CLÁUDIA OVILE

CO-ORIENTADOR: PROF. MS. JOÃO ROBERTO FRANCO

Prof^a Ms. Ana Cláudia Ovile

DATA DA APROVAÇÃO: ____ / ____ / ____

NOTA FINAL: _____

*Dedico esta conquista
a todos os dependentes químicos que,
me concedendo a imensa dádiva da confiança e da entrega,
me ensinaram a buscar os caminhos
que podem nos trazer de volta à vida!*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar a todos os DQs que passaram por minha vida, e aos seus familiares, que juntos me confiaram as suas expectativas de melhora e recuperação, e com isso também me ajudaram a acreditar no meu potencial.

Agradeço ao meu Poder Superior, que me deu a força e a inspiração necessária para superar as minhas limitações, e poder assim realizar minha tarefa.

Agradeço também:

A minha esposa Bebel, que me faz querer ser melhor a cada dia.

A minha família, que acompanhou os meus passos a cada momento, mesmo nas trevas e na distância.

A Pedro e Valdir, companheiros e irmãos inseparáveis na nossa Nova Jornada.

A toda a equipe e diretoria da CTNJ, que me ajudam a dar vida e forma aos meus projetos e sonhos.

À diretoria da APCM, em nome do seu diretor espiritual, Pe. João Crisóstomo, O. Cist., que cedeu muitos dos dados utilizados neste trabalho, e que, com certeza, faz parte da minha história.

Aos meus orientadores, Prof^a Ana Cláudia Ovíle e Prof. João Roberto Franco, que enriqueceram meu trabalho com sua experiência.

A todos os professores que fizeram parte da minha história acadêmica, que foram lançando sementes ao longo do caminho, muitas das quais puderam cair em terra fértil.

A todos os meus companheiros de sala, com quem compartilhei muitos dos melhores momentos de minha vida.

Aos estudantes que participam e participaram do estágio na CTNJ, peças fundamentais que enriquecem meu trabalho.

A minha filha Paula, esperando que encontre o caminho do meu coração...

FILOSOFIA

Estou aqui porque finalmente não há mais
como me refugiar de mim mesmo.
Até que me confronte nos olhos e no coração de outros
estarei fugindo,
até que sofra o partilhar dos meus segredos
não me libertarei deles.
Temeroso de ser conhecido,
não poderei me conhecer
e nem aos outros,
estarei só.
Onde senão em meu companheiro
poderei encontrar este espelho?
Aqui, juntos, posso finalmente
conhecer-me por inteiro,
não como o gigante que sonho ser,
mas tampouco o anão dos meus temores,
mas como alguém, parte de um todo,
compartilhando seus propósitos.
Neste solo poderei criar raízes e crescer,
não mais isolado
como na morte,
mas vivo,
para mim,
e para o mundo¹.

¹ Texto extraído de Goti (1990, p. 41, tradução nossa), escrito por Richard Beauvis, DQ em recuperação, durante sua estadia em Daytop, longamente utilizado e divulgado nas CTs do Brasil e do mundo.

RESUMO

O presente trabalho relata a experiência obtida ao longo de dezesseis anos de trabalho de campo e observação realizado em quatro CTs de recuperação de DQs do álcool e das drogas, visando, através de um minucioso levantamento bibliográfico, elencar hipóteses a respeito dos fatores que motivariam o desligamento do tratamento. Como foi observado, a partir do levantamento realizado nos Bancos de Dados de duas CTs estudadas, existe uma significativa prevalência de abandonos na fase que acontece entre o segundo e o terceiro mês de tratamento, sendo esta prevalência o que motivou esta pesquisa. Ao conjunto dos fatores que possivelmente motivariam a desistência nesta fase específica do tratamento se propôs denominar de “Síndrome dos três meses”. Estudando e compreendendo os diversos fatores que compoariam esta síndrome, assim como analisando o contexto histórico em que surgiu a idéia de CT, o desenvolvimento do seu método terapêutico, as suas principais características e tipificações, e também as suas rotinas diárias de funcionamento, serão articuladas possíveis intervenções a nível individual, institucional e familiar, com a finalidade de diminuir o impacto dos sintomas elencados, diminuindo também assim as estatísticas de evasão do tratamento.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica, dependência química, tratamento, desistência do tratamento, “Síndrome dos três meses”.

ABSTRACT

This work reports the experience obtained over sixteen years of fieldwork and observation realized in four Therapeutic Communities (TCs) for rehabilitation of drug addicts to alcohol and drugs, aiming, through a detailed bibliographical survey, to list hypotheses respect of the factors that would motivate the dropout of the treatment. As was observed, from the survey in two studied TCs databases, there is an important prevalence of dropouts in the phase what happens during the second and third month of treatment, and was this prevalence which motivate this research. To the group of factors that possibly motivate the dropout in this specific phase of treatment is proposed to be called Syndrome of the three months. Studying and comprehending the several factors that would make this syndrome, well as analyzing the historical context where emerged the idea of TC, the development of his therapeutic method, their main characteristics and typifications, as well as their daily routines of working, will be articulated possible interventions, at individual, institutional and family level, with the purpose of reducing the impact of listed symptoms, also reducing the statistics of evasion of treatment.

Keywords: *Therapeutic Community, chemical dependency, treatment, dropout of the treatment, Syndrome of the three months.*

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Residentes por idade na APCM e na CTNJ	94
Gráfico 2 - Aproveitamento final da APCM e na CTNJ	101
Gráfico 3 - Desistências por tipo de dependência na APCM e na CTNJ	102
Gráfico 4 - Índice de recuperação por tipo de dependência na CTNJ	102
Gráfico 5 - Estatísticas de desistência por tempo de tratamento na APCM	104
Gráfico 6 - Estatísticas de desistência por tempo de tratamento na CTNJ	105
Gráfico 7 - Desistências por semana no 1º mês de tratamento na APCM.....	105
Gráfico 8 - Desistências por semana no 1º mês de tratamento na CTNJ	105
Gráfico 9 - Índice de recaídas por tempo de abandono na CTNJ.....	107
Gráfico 10 - Estado de recuperação dos desistentes da CTNJ.....	108
Gráfico 11 - Estado de recuperação dos que concluem o tratamento (Graduados) na CTNJ	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição por Estado das CTs no Brasil (FEBRACCT).....	24
Tabela 2 - Seis níveis de dependência do DQ (Colle).....	39
Tabela 3 - Tipos de CTs por modelo de equipe e localização (Goti).....	41
Tabela 4 - As ferramentas do processo de grupo (De Leon).....	57
Tabela 5 - Implicações teóricas e técnicas do modelo de foco (Fiorini).....	60
Tabela 6 - Diferentes tipos de corretivos verbais (sanções) (De Leon).....	67
Tabela 7 - Diferentes tipos de ações disciplinares (sanções) por infrações menores (De Leon)	68
Tabela 8 - Diferentes tipos de ações disciplinares (sanções) por infrações maiores (De Leon)	69
Tabela 9 - Principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo Biopsicossocial da DQa.....	78
Tabela 10 - Atividades desenvolvidas na CTNJ.....	87
Tabela 11 - Cronograma Diário de Atividades da CTNJ.....	91
Tabela 12 - Residentes por idade na APCM e na CTNJ.....	94
Tabela 13 - Idade média dos residentes na APCM e na CTNJ.....	94
Tabela 14 - Internações por tipo de dependência na APCM e na CTNJ.....	95
Tabela 15 - Tempo de uso por dependência – CTNJ.....	95
Tabela 16 - Estado Civil dos residentes da CTNJ.....	96
Tabela 17 - Religião dos residentes da CTNJ.....	96
Tabela 18 - Grau de escolaridade dos residentes da CTNJ.....	97
Tabela 19 - Principais setores de trabalho dos residentes da CTNJ.....	97
Tabela 20 - Internações anteriores em residentes da CTNJ.....	98
Tabela 21 - Outros indicadores sociodemográficos nos residentes da CTNJ.....	99
Tabela 22 – Nove sintomas propostos para a “Síndrome dos três meses”.....	106

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
AE – Amor-Exigente
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APCM – Associação Promocional Coração de Maria
APOT – Associação Promocional Oração e Trabalho
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRP – Conselho Regional de Psicologia
COMAD – Conselho Municipal Antidrogas
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FEAE – Federação de Amor-Exigente
FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FEBRAE – Federação Brasileira de Amor-Exigente
NA – Narcóticos Anônimos
NIDA – National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas)
UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas
ONG – Organização Não Governamental
SCJ – Sagrado Coração de Jesus (Ordem dos Jesuítas)
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SENAR – Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

LISTA DE ABREVIATURAS

CT – Comunidade Terapêutica
DQ – Dependente Químico
DQa – Dependência Química
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SPA – Substâncias Psicoativas

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos.....	16
1.1.1 <i>Objetivos Gerais</i>	16
1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 Histórico das CTs	17
2.1.1 <i>As origens: a Comunidade Terapêutica psiquiátrica</i>	17
2.1.2 <i>Um novo foco: a Comunidade Terapêutica para dependentes químicos</i>	19
2.1.3 <i>A realidade local: Comunidades Terapêuticas no Brasil</i>	22
2.1.3.1 <u>Por trás dos bastidores: uma realidade desconhecida</u>	24
2.2 Caracterização das CTs	27
2.2.1 <i>O que é uma CT?</i>	27
2.2.1.1 <u>Serviços urbanos ou rurais</u>	28
2.2.1.2 <u>De atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA</u>	28
2.2.1.3 <u>Em regime de residência ou outros vínculos [...] durante um período estabelecido</u>	29
2.2.1.4 <u>Segundo um modelo psicossocial [...] cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares</u>	30
2.2.1.5 <u>Um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado</u>	31
2.2.1.6 <u>De acordo com um programa terapêutico</u>	32
2.2.1.7 <u>Resgatando a cidadania [...] e a reinserção social</u>	33
2.2.1.8 <u>Reabilitação física</u>	35
2.2.1.9 <u>Reabilitação psicológica</u>	37
2.2.2 <i>Tipos de CT</i>	40
2.2.3 <i>Características da CT</i>	43
2.2.4 <i>O dia-a-dia da CT</i>	48
2.2.5 <i>As atividades dentro da CT</i>	49
2.2.5.1 <u>Laborterapia</u>	49
2.2.5.2 <u>Estudo dos 12 Passos de AA, o AE, e demais conteúdos teóricos</u>	51
2.2.5.3 <u>Reunião de Confronto</u>	53
2.2.5.4 <u>Grupos de avaliação</u>	54

2.2.5.5 <u>Grupos terapêuticos</u>	56
2.2.5.6 <u>Psicoterapia individual</u>	59
2.2.5.7 <u>Atividades religiosas</u>	62
2.2.5.8 <u>Anjos ou mentores</u>	63
2.2.5.9 <u>Atividades de esporte e lazer</u>	65
2.2.6 <i>As sanções na CT</i>	66
2.2.7 <i>A equipe de trabalho</i>	70
2.3 O abandono do tratamento na CT	73
2.3.1 <i>O abandono do tratamento: características</i>	73
2.3.2 <i>O abandono do tratamento: consequências</i>	75
2.3.3 <i>A motivação para permanecer em tratamento</i>	76
2.3.4 <i>Recuperação em 90 dias</i>	77
2.3.5 <i>Recuperação natural</i>	78
2.3.5.1 <u>Transtorno adictivo</u>	79
2.3.5.2 <u>Tratamento</u>	80
2.3.5.3 <u>Recuperação</u>	81
3. METODOLOGIA	82
4. UM MODELO DE TRATAMENTO	85
4.1 Finalidades estatutárias e critérios de admissão	85
4.2 Objetivos do tratamento	86
4.3 Atividades propostas	87
4.4 Monitoramento e Avaliação	93
4.5 Perfil dos atendidos	93
4.5.1 <i>Perfil Sociodemográfico</i>	94
4.6 Resultados	100
5. A “SÍNDROME DOS TRÊS MESES”	104
5.1 Tipificação da síndrome	104
5.2 O que fazer?	109
6. CONCLUSÕES	111
REFERÊNCIAS	114
GLOSSÁRIO	124
ANEXOS	126
ANEXO A – Os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos	127
ANEXO B – Os Doze Princípios do Amor-Exigente	129

ANEXO C – Questionário pessoal sobre valorização da CT n° 1	131
ANEXO D – Questionário pessoal sobre valorização da CT n° 2	132
ANEXO E – Autorização de utilização do Banco de Dados da APCM	133
ANEXO F – Autorização de utilização do Banco de Dados da CTNJ	134
ANEXO G – Enxoval Básico da CTNJ	135
ANEXO H – Regulamento Interno da CTNJ	136
ANEXO I – Termo de Compromisso da CTNJ	137
ANEXO J – Guia de Reunião de Mais-velhos da CTNJ	138
ANEXO K – Regulamento do dia de visita para familiares da CTNJ	139
ANEXO L – Relatório de avaliação de visita da CTNJ	140

1. INTRODUÇÃO

A Comunidade Terapêutica (CT) já se tornou uma das modalidades mais procuradas para a recuperação da dependência química (DQa) do álcool e das drogas, tanto no Brasil como em muitas partes do mundo. Cada vez mais, tanto a população leiga quanto os profissionais da área da saúde, procuram ou encaminham para este tipo de tratamento a maioria dos casos de DQa, em detrimento dos antes tradicionais tratamentos de base medicamentosa hospitalar, como afirmam De Leon (2008) e Fracasso (2008).

Segundo vários autores (NIDA, 2011; FEBRACT, 2009; DE LEON, 2008; FRACASSO, 2008; GOÑI, 2005; SABINO; CAZENAVE, 2005; GOTI, 1990; RODRIGUE, 1965) as CTs existem há mais de 50 anos, tempo suficiente para caracterizar uma dinâmica específica de trabalho, assim como uma problemática que merece ser estudada à luz da sua própria história.

Baseadas nos princípios dos 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos (AA)², grupo criado em 1935 em Akron, Ohio, EUA, pelo Dr. Bob e por Bill W. (AA, 1955; AA, 2009a; AA, 2009b), dois alcoólicos em recuperação, assim como nos 12 Princípios do Amor Exigente (AE)³, grupo criado na década de 70 nos EUA (*hard love*) pelo casal Phyllis e Davis York, pais de três filhas envolvidas com drogas (AE, 2009; YORK; YORK; WACHTEL, 1989), e consagradas no Brasil pelo Padre Haroldo J. Rahm, SCJ, com início na cidade de Campinas, SP, e hoje sede da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) (FEBRACT, 2009; FUNDAÇÃO..., 2009; FRACASSO, 2008; RAHM, 1996), as CTs possuem uma modalidade de trabalho absolutamente diferenciada de todas as formas de tratamento existentes até o momento, muito escassas por sinal.

Isto se deve também ao fato de que o alcoolismo e, principalmente, a DQa, mesmo havendo registro do consumo de álcool e drogas desde a antiguidade (DE LEON, 2008; GOTI, 1990), são doenças da atualidade, motivo pelo qual o seu tratamento e recuperação ainda estão em foco de pesquisa e desenvolvimento.

Considerando, segundo os autores citados, que este tipo de tratamento é voluntário, e o indivíduo pode abandoná-lo quando desejar, este trabalho abordará a análise de um dos aspectos mais relevantes e de difícil prevenção e abordagem dentro da CT: o abandono do tratamento.

² Incluídos no Anexo A.

³ Incluídos no Anexo B.

A escolha do assunto deveu-se ao fato do autor deste trabalho ter trabalhado dentro de CTs ao longo de 16 anos^{4,5}, e neste longo período ter observado a recorrência implacável do comportamento de abandono, muitas vezes com a angústia de quem nada pode fazer, já que a escolha pela desistência do tratamento, com todas as implicações e consequências que provavelmente significará, uma vez instalada seria muito difícil de reverter.

Na observação destes casos percebeu-se que em sua grande maioria, esta escolha vinha acompanhada por um discurso altamente otimista e convincente em relação às possibilidades de manter-se em recuperação após o abandono do tratamento. Por outro lado, os argumentos que fundamentavam este discurso eram (e ainda são) extremamente recorrentes em todos os casos, independentemente das características individuais (idade, cidade de origem, escolaridade, perfil socioeconômico, estado civil, etc.) e do tipo de dependência (álcool, drogas, cruzada).

Por outro lado, observou-se também que a incidência deste fenômeno era predominante em um momento específico do tratamento, que se compreendia desde o início do segundo mês até o final do terceiro.

Ao conjunto de sintomas que caracterizariam este fenômeno, e que serão descritos e analisados detalhadamente ao longo deste trabalho, se proporá chamar de “Síndrome dos três meses”.

Os primeiros quatorze anos de trabalho aconteceram em três CTs, que serão denominadas apenas pelas suas siglas: FMCF, CDC e Associação Promocional Coração de Maria (APCM)⁶, as duas primeiras localizadas no litoral do Estado de SP, e a última no interior do mesmo. Nestas foram realizadas uma longa série de observações no acontecer do árduo trabalho cotidiano que representa a vivência dentro da CT, mas infelizmente não se conta com nenhum dado documentado destas observações, principalmente das duas primeiras CTs. No caso da APCM, conta-se com todos os registros quantitativos referentes aos usuários que participaram do projeto ao longo dos quase quatorze anos de atividade que o autor deste trabalho acompanhou.

⁴ São 1285 casos acompanhados nas duas CTs aqui estudadas (APMC e CTNJ), além das observações nas outras duas CTs (FMCF e CDC) nas quais o autor também desenvolveu um trabalho.

⁵ Desde 1996 até o momento.

⁶ As duas CTs FMCF e CDC não constam na Lista de Siglas por não fazerem parte das referências deste trabalho, já que os dados referentes às observações realizadas nelas não constam nos resultados obtidos. Também preferiu-se não identificá-las a fim de preservar o sigilo das mesmas.

Nos últimos dois anos foi desenvolvido um trabalho diferenciado em outra CT, a Comunidade Terapêutica Nova Jornada (CTNJ)⁷, na qual começou-se a sistematizar e documentar as observações realizadas, a fim de tentar contribuir de maneira científica com a diminuição do abandono do tratamento.

Por todos estes motivos, neste estudo parte-se da premissa de que existe um período crucial para o abandono, que ocorre num momento específico do tratamento, e com uma sintomatologia peculiar que se repete na maioria dos casos, sendo este o período compreendido entre o segundo e o terceiro mês, e a esta sintomatologia será proposto chamar de “Síndrome dos três meses”.

Este trabalho objetivará analisar os diferentes fatores motivacionais, internos e externos, que podem incidir para caracterizar esta síndrome, assim como a repercussão desta no andamento do processo terapêutico, incluindo a interrupção do mesmo.

Os resultados desta análise poderão fornecer novos dados a serem utilizados pelos profissionais da área, visando a diminuição dos índices de abandono durante o processo terapêutico, principalmente no momento específico do tratamento a ser estudado.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivos Gerais

Analisar historicamente o perfil do tratamento na CT, assim como na atualidade, considerando as principais causas e consequências do ingresso a este programa de recuperação.

Oferecer alternativas para diminuir o impacto desta *síndrome*, diminuindo também assim o índice de desligamento do programa de recuperação.

1.1.2 Objetivos Específicos

Analisar e tipificar uma série de sintomas específicos que motivam o desligamento do processo terapêutico num momento determinado, e com uma caracterização interna específica, que se repete na maioria dos casos, e que se proporá denominar de “Síndrome dos três meses”.

⁷ Fundada pelo autor deste trabalho juntamente com sua equipe, e na qual este se encontra até o presente momento.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Histórico das CTs

2.1.1 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)⁸.

Segundo De Leon (2008), a idéia 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 atuais CTs⁹, até os posteriores grupos de auto-ajuda espalhados por toda a Europa e América do Norte através do movimento humanista, baseado nas idéias 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 idéias revolucionárias começaram a invadir o cenário segregatório da psiquiatria convencional.

Coutinho (2007) relata que em 1940, na França, Paul Balvet, um psiquiatra com ideais comunitários cristãos, foi diretor do hospital psiquiátrico Saint Alban, utilizou 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 iniciou trabalhos artesanais dentro do ambiente hospitalar, e assim os internos esperavam os peregrinos e lhes vendiam suas artes fabricadas nas oficinas. Desta forma, através do

⁸ Este manuscrito data de aproximadamente 25 AC – 45 DC.

⁹ 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 das CTs atuais.

seu trabalho, recuperavam parte de sua dignidade e autoestima, assim como eram potencializadas e fomentadas as regiões saudáveis do seu psiquismo.

Já na segunda metade do século XX, num ambiente mundial de pós Guerra, como afirmam Amarante (1995) e Jorge (1997), Maxwell Jones inicia o movimento definitivo de reforma da psiquiatria, aderindo ao modelo de CT psiquiátrica, aquele já difundido antigamente de forma religiosa e não institucionalizada, sendo agora denominado de “terceira revolução em psiquiatria”¹⁰.

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).

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.

¹⁰ 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

Assim, 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.

2.1.2 Um novo foco: a Comunidade Terapêutica para dependentes químicos

Uma vez estabelecido o processo de reforma psiquiátrica já estudado, e as primigênicas 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), Fracasso (2008) e Goti (1990).

Segundo estes autores, o primeiro destes grupos e 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, atualmente conhecido a nível mundial: os AA. Em 1935 dois alcoólicos tentando se recuperar, Bill Wilson, corretor de Nova York, e doutor 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 T., 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 recuperado, assim como de outros integrantes do grupo, os fundadores do 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 Akron¹¹.

Segundo o Grupo Brasil-Portugal de AA (AA, 2011), o sucesso do programa deve-se ao fato de que quem não está bebendo tem uma excepcional facilidade de ajudar um bebedor problema. Quando um alcoólico recuperado pelos Passos relata seus problemas com a bebida, descreve como está sua sobriedade e o que encontrou em AA e incentiva um provável ingressante a experimentar essa possibilidade.

Em 1953, a iniciativa dos AA dá origem a uma nova abordagem destes mesmos princípios, quando é criada uma nova associação chamada de 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, 2012).

Ainda segundo De Leon (2008), Fracasso (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” no seu apartamento junto com outros membros da irmandade, que acabou resultando em perceptíveis mudanças psicológicas 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 Synanon¹², o primeiro protótipo de CT 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 (DQs), e não somente a alcoólicos, já que os grupos anteriores (Oxford e AA) atendiam unicamente 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 meto-

¹¹ O mesmo autor afirma que os futuros 12 Passos de AA seriam fruto justamente do contato dos fundadores do AA com os princípios espirituais de Oxford, juntamente com as experiências que tiveram durante os primeiros passos da sua própria recuperação.

¹² 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).

dologia do grupo, o que significou também um marco evolutivo na conceituação do que é, e a quem trata, uma CT¹³.

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 DQs.

“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 transformar-se atualmente¹⁴ a Comunidade num culto, que está muito distanciado dos seus valores iniciais” (GOTI, 1990, p. 21, tradução nossa).

Araújo (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), Fracasso (2008) e Goti (1990) indicam que o primeiro modelo autodenominado como CT foi o Daytop Village, fundado em Nova York, em 1963, por egressos de Synanon, junto ao Monsenhor William O’Brien e David Deitch. O principal diferencial desta nova abordagem foi a inclusão de profissionais da área da saúde dentro da equipe técnica, o que, apesar das grandes resistências por parte dos

¹³ 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.

¹⁴ Note-se que o texto é de 1990. Na atualidade, segundo Araújo (2003), parte dos seus preceitos ainda seriam utilizados como métodos de prevenção em escolas, dentro dos EUA.

participantes das primeiras gerações de CTs, se tornou parte integrante do modelo principal do que se entende atualmente como CT¹⁵.

É claro que muitas são as discussões a respeito, já que a vivência diária dentro da CT, com as tensões e conflitos que tanto a caracterizam, e a teoria asséptica de muitos profissionais da área que se dedicam à pesquisa, nem sempre parecem falar da mesma realidade.

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 DQa em regime de CT aumentaram vertiginosamente pelo mundo todo, proporcionalmente ao aumento do problema da DQa. 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 europeia, espalhando-se depois por vários países da Europa.

2.1.3 A realidade local: Comunidades Terapêuticas no Brasil

Depois de um longo e complexo caminho, finalmente as CTs chegam ao Brasil. Segundo Fracasso¹⁶ (2008) em 1968, na cidade de Goiânia, nasce a primeira CT brasileira, o Desafio Jovem do Brasil.

Já segundo o site oficial do Desafio Jovem do Brasil (2011) 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 Wilkerson¹⁷ ter vindo ao Brasil pela primeira vez através deste.

¹⁵ Esta resistência é encontrada até o momento presente dentro de muitas CTs do Brasil, nas quais os membros não-profissionais da equipe de trabalho (monitores e coordenadores) manifestam notório desagrado com a interação de Médicos, Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais, entre outros, considerando o trabalho destes superficial e desarticulado, pelo fato de não possuírem experiência de vida pregressa em relação à DQa e ao tratamento da mesma dentro de CT.

¹⁶ A Psicóloga Laura Fracasso faz parte da equipe multiprofissional da FEBRACT, assim como também da APOT.

¹⁷ O Pr. David Wilkerson é autor do livro “A cruz e o punhal”, já traduzido para o português. Ele se notabilizou 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, 2011).

Em 1978, segundo Fracasso (2008) e o site oficial da Fundação Padre Haroldo (2011), foi fundada uma entidade filantrópica chamada Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), hoje designada “Instituição Padre Haroldo Rahm”, que no mesmo ano iniciou os trabalhos na CT “Fazenda do Senhor Jesus” para homens adultos DQs. A mesma instituição funda em 1989 uma unidade em Campinas, SP, para meninos de rua, e em 1993 uma unidade para adolescentes.

Em 1990 é fundada a FEBRACT (2009), com a finalidade de congregar as diversas CTs do Brasil, assim como oferecer cursos de capacitação para a equipe de trabalho. A sua sede está localizada em Campinas, SP, sendo o Padre Haroldo Rahm, acima citado, o Presidente.

Em 21 de janeiro de 1995 é aprovado, em Assembléia 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.

Um dos principais parceiros das CTs, ao longo dos últimos 26 anos, na acolhida, orientação e apoio aos familiares dos dependentes químicos, tem sido o 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 básicos¹⁸ (AE, 2009), trazido ao Brasil pelo já citado Padre Haroldo, atual Presidente Honorário da Federação de Amor-Exigente (FEAE), antiga Federação Brasileira de Amor-Exigente (FEBRAE).

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 internação integral para DQs. 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 os dados da FEBRACT (2012), 30% a 35% das pessoas que frequentaram CTs deixaram definitivamente de consumir drogas.

¹⁸ Encontrados no Anexo B.

2.1.3.1 Por trás dos bastidores: uma realidade desconhecida

Atualmente, segundo consta no site da FEBRACT (2012), existem 132 CTs filiadas à mesma, sendo a distribuição por Estado a seguinte:

Tabela 1 - Distribuição por Estado das CTs no Brasil (FEBRACT)

UF	Nº
AC	1
AM	3
BA	3
CE	1
DF	3
GO	1
MG	17
MS	2
PR	6
PA	1
RJ	1
RO	1
RS	31
SC	8
SP	53
Total	132

(FEBRACT, 2012)

Mesmo assim, sabe-se que a quantidade de CTs não filiadas excede, e muito, este número. Um exemplo disto é a pesquisa realizada por Laura Paes Machado (2012), segundo a qual somente no Estado da Bahia teriam sido registradas 80 CTs atuantes, enquanto que no registro da FEBRACT (2012) constam apenas 3.

Se fosse mantida esta proporção¹⁹ existiriam no Brasil aproximadamente 3525 CTs atuantes, sendo que grande parte delas não consta nos registros de nenhuma instituição reguladora, podendo ser esta tanto a própria FEBRACT, os respectivos Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD), de Saúde (CMS), de Assistência Social (CMAS), dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou qualquer outro órgão competente.

Segundo divulgado pelo SENAD (BRASIL, 2007; HARTMANN, 2011), existiriam entre 2500 a 3000 CTs no Brasil, que atenderiam aproximadamente 60.000 DQs anualmente. Segundo a mesma pesquisa, mais de 55% das ONGs que oferecem tratamento para a DQa no

¹⁹ Um número 26,7 vezes maior.

Brasil seriam CTs, embora Hartmann²⁰ (2011) afirme que, segundo pesquisa da Universidade de Brasília (UnB) juntamente com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 80% dos tratamentos para a DQa no Brasil são realizados dentro de CTs²¹.

A questão da regulamentação e fiscalização destes trabalhos é, com certeza, um grande problema, como constatou o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CFP, 2011), referente aos locais de internação para usuários de drogas, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia.

Este levantamento foi realizado em 24 Estados mais o DF, num total de 68 instituições, nas quais foi encontrada uma infinidade de irregularidades e abusos, como, por exemplo:

- a) agressões físicas e morais;
- b) constrangimento aos familiares nas visitas;
- c) utilização de contenção química contra a vontade do indivíduo, sem o consentimento da família, e sem a presença de profissionais responsáveis;
- d) cárcere privado;
- e) desrespeito à orientação sexual;
- f) imposição de credo religioso;
- g) negligência de cuidados com a saúde;
- h) condições indignas de alimentação, habitação e saneamento básico.

Muitos outros exemplos poderiam ser citados para ilustrar o grau de desrespeito para com o ser humano que demonstram muitas destas instituições, que erroneamente se autodenominam CTs, mas com certeza estes já retratam uma realidade alarmante, muitas vezes desconhecida para aqueles que procuram pela primeira vez um serviço desta espécie.

Além de transgredir os princípios básicos dos Direitos Humanos, também transgridem a regulamentação oficial do Estado, que na Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001 (BRASIL,

²⁰ Presidente da Cruz Azul do Brasil.

²¹ Estas pesquisas são referentes aos anos de 2006/2007. Com certeza na atualidade o número de CTs em funcionamento deve ser muito maior.

2011), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, direcionando o modelo de assistência em saúde mental.

No Artigo 2º, inciso II, define-se que o indivíduo em tratamento deve ser tratado com humanidade e respeito, no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

No inciso III do mesmo Artigo, a lei garante que o indivíduo em tratamento deve ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.

Na regulamentação da ANVISA (2011), no Artigo 20, consta que durante a permanência no tratamento a instituição deve garantir:

- a) o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de Substâncias Psicoativas (SPA) e violência;
- b) a observância do direito à cidadania do residente;
- c) alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamento adequados;
- d) a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais;
- e) a manutenção de tratamento de saúde do residente.

Como se pode conferir através destes dados, é evidente que grande parte das supostas CTs em funcionamento no Brasil não atendem os requisitos mínimos de funcionamento, e é por este motivo que não devem ser denominadas sob o nome de CT. Como foi visto nas seções anteriores, o histórico e a essência do trabalho numa legítima CT divergem diametralmente daquilo que foi encontrado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) no levantamento antes citado.

Cabe ressaltar que das 68 instituições investigadas, apenas quatro²² fazem parte da relação das CTs filiadas fornecida pela FEBRACT, o que evidencia, mais uma vez, a necessidade de regulamentação e fiscalização que esta abordagem de trabalho exige, a fim de que seja realizado com seriedade e eficácia.

²² 1 em AM, 1 em MG, 1 em RS e 1 em SP. Esta última foi interdita após a publicação do Relatório, segundo consta na publicação do site do CRP-SP (CRP, 2012), e não poderá receber mais nenhum repasse de dinheiro público.

2.2 Caracterização das CTs

Depois de analisar o fenômeno CT à luz da sua própria história no Brasil e no mundo, e depois de observar com pesar como esse empreendimento ímpar pode ser distorcido quando direcionado de forma inadequada, seja por despreparo ou por negligência, será apresentado a seguir como deve funcionar uma CT de recuperação para DQs.

2.2.1 O que é uma CT?

Quem teve a oportunidade de aproximar-se de uma CT, tem a sensação de haver participado de ‘algo diferente’. Quem teve, além disso, a oportunidade de conviver durante algum tempo numa CT terá uma lembrança que o acompanhará pelo restante dos seus dias (GOTI, 1990, p. 9, tradução nossa).

Antes de definir mais uma vez a superestrutura da CT, se faz necessário caracterizá-la estrutural e infraestruturalmente, com a finalidade de situar o leitor leigo num ambiente físico e institucional específico, no qual possa contextualizar as dinâmicas internas e externas que serão relatadas.

Segundo constava na já revogada RDC nº 101 da ANVISA²³ as CTs

são serviços *urbanos ou rurais*, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo *modelo psicossocial*. São unidades que têm por função a oferta de um *ambiente protegido, técnica e eticamente orientado*, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante *período estabelecido* de acordo com *programa terapêutico* adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a *convivência entre os pares*. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, *resgatando a cidadania*, buscando encontrar novas possibilidades de *reabilitação física e psicológica*, e de *reinserção social* (ANVISA, 2001; DUARTE, 2010, grifo nosso).²⁴

Nesta determinação da ANVISA podem ser observados muitos dos critérios que definem estruturalmente uma CT, que conferem com os descritos por muitos dos autores estudados (GOTI, 1990; DE LEON, 2008; SABINO, 2005; NIDA, 2011; FRACASSO, 2008), e que foram destacados em itálico na citação acima. Faz-se necessário discorrer sobre cada um destes aspectos, com a finalidade de tipificar mais exatamente o modelo estrutural da CT.

²³ Esta RDC foi substituída pela RDC nº 29, de 30/06/11. Mesmo assim foi utilizada a RDC anterior, por ser esta a que tipifica a modalidade de atendimento das CTs, já que a nova resolução não se refere especificamente à CT, mas sim às várias “instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.” (ANVISA, 2011).

²⁴ Os títulos dos próximos tópicos foram extraídos desta citação, utilizando-se para isto citações diretas dos trechos grifados em itálico.

2.2.1.1 Serviços urbanos ou rurais

A CT pode estar instalada tanto na área urbana quanto na rural, embora no Brasil a predominância seja a CT localizada na área rural, como pode ser conferido pelo registro da FEBRACT (2012) das CTs filiadas, assim como pelo Relatório do CFP já citado (CFP, 2011).

A localização rural ofereceria algumas vantagens, comparativamente com a área urbana, como maior espaço físico para desenvolvimento de atividades de trabalho e lazer, e maior dificuldade de fugas e ingresso de SPA.

A desvantagem existiria no caso das CTs rurais extremamente afastadas dos centros urbanos, que encontram grandes dificuldades em situações de emergência, assim como difícil a participação de equipes externas no cronograma diário da CT, e também a visita de familiares e outros interessados.

2.2.1.2 De atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA

Este é, com certeza, e de acordo com vários autores (NIDA, 2011; FEBRACT, 2009; DE LEON, 2008; FRACASSO, 2008; GOÑI, 2005), um dos critérios mais determinantes do trabalho da CT atual. Embora a sua história revele um passado de atendimento a indivíduos com transtornos de personalidade, atualmente o foco é para o atendimento exclusivo de DQs.

Estes DQs podem ser portadores de comorbidades, o que assemelharia o atendimento destes casos com as CTs originais. Segundo estudo realizado pelo Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA) (2011) estes DQs com coexistentes transtornos mentais ou de personalidade seriam os mais difíceis de tratar, porém a estrutura da CT seria mais adequada para estes do que os modelos menos restritivos, como o dos lares terapêuticos, por exemplo.

Também está a questão do *sexo* e da *idade* da população atendida, e quanto a isto, as CTs podem ser masculinas, femininas ou mistas, prevalecendo, no Brasil, as CTs masculinas, como pode se perceber pela amostra referente às CTs filiadas na FEBRACT (FEBRACT, 2012) assim como pelo Relatório do CFP (CFP, 2011).

O critério de idade também é muito variável, mas o padrão no Brasil é entre 18 e 65 anos, havendo algumas CTs que admitem menores de idade²⁵, e outras que aceitam idosos para o tratamento.

²⁵ Segundo o Relatório do CFP (CFP, 2011) muitas destas CTs que atendem menores de idade o fazem sem as mínimas condições básicas para isto, desrespeitando assim muitas das diretrizes do ECA.

Na pesquisa de Sabino; Cazenave (2005) realizada durante alguns encontros promovidos pela FEBRACT, a respeito do perfil do usuário da CT, obtiveram-se dados significativos em relação a estas características.

Mais de 90% seriam homens, a maioria solteiros, com uma idade média de 36 anos, tendo experimentado drogas ilícitas pela primeira vez por volta dos 15 anos de idade, sendo que a primeira internação teria ocorrido com uma idade média de 29 anos.

Já em relação à quantidade de DQs atendidos numa CT, esta é muito variável, dependendo de vários fatores, como infraestrutura do local, material humano e custo do tratamento. Segundo dados do NIDA (2011) um programa típico de CT abrigaria entre 40 e 80 pessoas

2.2.1.3 Em regime de residência ou outros vínculos [...] durante um período estabelecido

O modelo básico de CT é o residencial, como afirmam NIDA (2011), De Leon (2008) e Goti (1990), embora o termo residencial não necessite ser tomado no sentido estrito da palavra. Segundo os autores citados, existem CTs que trabalham no regime ambulatorial (hospital-dia), outras em regime de internação de curta duração, e outras de longa duração.

Segundo os mesmos autores, a escolha do modelo adequado será realizada de acordo com a disponibilidade de locais de atendimento, assim como pelo grau de contenção familiar e social possível para cada candidato. Assim, DQs que possuam uma constelação familiar suficientemente estável, com vínculos sólidos e saudáveis, com possibilidade de contenção, e que mantenham algum tipo de vínculo laboral ou escolar estável, poderão aderir, desde que existentes, a programas ambulatoriais de atendimento. Já aqueles que não reúnam estas condições, deverão necessariamente solicitar atendimento em unidades com tratamento residencial.

De Leon (2008, p. 4) cita que a permanência tradicional na CT era de 12 a 18 meses, e tinha como modelo as antigas permanências programadas de 2 a 3 anos, mas que as mudanças tanto, na população de clientes quanto na realidade clínica, social e econômica, fizeram com que se cogitassem permanências mais curtas, de 3, 6, 9 e 12 meses.

Para as CTs filiadas na FEBRACT (2012) a permanência padrão é de 6 a 9 meses.

2.2.1.4 Segundo um modelo psicossocial [...] cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares

É sobre este princípio que as verdadeiras CTs baseiam seus programas de tratamento e ação, considerando sempre as relações interpessoais em todos os níveis²⁶ como o principal agente de modificações substanciais de comportamento no DQ, como também afirma De Leon (2008).

O próprio Maxwell Jones (1972) afirma que quaisquer habilidades, tanto dos terapeutas quanto da instituição como um todo, seriam ineficazes se o clima social da CT como unidade estiver em contradição com as mesmas. A este clima social ele chamaria de “cultura terapêutica” (JONES, 1972, p. 109).

Por este motivo, Emilio Rodrigué afirma que:

Sabe-se que uma CT é, para usar um quase-neologismo anti-antiterapêutica. Ou seja, soluciona determinados agentes antiterapêuticos, patógenos, tais como a privação sensorial e social, próprios das instituições totais²⁷ em geral, e do asilo clássico em particular. [...] Para diminuir a privação emocional e social a CT deve proporcionar uma série de papéis sociais (RODRIGUÉ, 1965, p. 164, tradução nossa).

A concepção de Emilio Rodrigué é de uma profundidade de conhecimento específico própria de quem conviveu um tempo significativo dentro de uma CT²⁸, já que percebe como o DQ possui potencial suficiente para propiciar o seu próprio desenvolvimento interno e externo, desde que o ambiente seja minimamente facilitador ou, em suas próprias palavras, anti-antiterapêutico.

Para Maria Elena Goti a CT é

uma instituição onde tem lugar um processo de crescimento pessoal acompanhado de um processo de aprendizagem social. Isto implica que não é um lugar onde alguém se “cura”, mas onde muda, cresce e amadurece, e onde aprende a ser um membro útil e produtivo para a sociedade (GOTI, 1990, p. 67, tradução nossa).

²⁶ Residente↔residente, residente↔equipe, equipe↔equipe.

²⁷ A **instituição total** seria “uma organização que atua com uma estrutura de poder englobante (ou total) e funciona com restrições às trocas sociais. Possui um sistema rigoroso de normas formais explícitas e um corpo de pessoas aderentes que permite um ritual cotidiano pré-estabelecido imposto por uma hierarquia profissional, distante do usuário, no qual as necessidades humanas e de trabalho são essencialmente manipuladas pela burocracia” (VIEIRA FILHO; NOBREGA, 2004, p. 374).

²⁸ Emilio Rodrigué, que foi membro da Associação Psicanalítica Argentina, e membro fundador da Associação Argentina de Psicologia e Psicoterapia de Grupo, escreveu o seu livro “Biografia de uma Comunidad Terapêutica” depois de ter integrado a equipe da famosa CT “Austen Riggs Center” de Stockbridge, Massachusetts, durante quatro anos.

Esta afirmação define muito claramente a essência psicossocial da CT, que busca não apenas a recuperação individual do DQ, mas sim o seu desenvolvimento integral, como indivíduo e também como ser social.

Isto é extremamente importante, ao considerar que uma das características mais marcantes da DQa é o prejuízo social que provoca tanto para o DQ quanto para sua família.

2.2.1.5 Um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado

Como afirma De Leon (2008) muitos programas de CTs se autodenominam “famílias”, funcionando como uma espécie de família substituta, que corrigirá os danos causados pelas famílias disfuncionais originais dos DQs em tratamento.

Utilizando o mesmo termo, Goti (1990) relata que quando o novo residente ingressa nesta nova “família” é considerado como um “recém nascido”, que deverá crescer e amadurecer dentro desse sistema, e para isso toda a estrutura comunitária é colocada ao seu dispor desde um primeiro momento.

A primeira forma de proteção que a CT oferece para o DQ em recuperação seria, segundo os mesmos autores, a ausência de SPA, e a segunda proporcionar um ambiente organizado, que garanta a segurança física e psicológica, no qual o DQ possa ser aceito e estimulado para o seu crescimento pessoal com a única condição da sua honesta participação no programa²⁹.

As técnicas utilizadas dentro da CT são as mais variadas, mas, como afirma De Leon (2008) todas elas estão direcionadas à recuperação e modificação do estilo de vida, o que melhoraria consideravelmente a qualidade de vida do DQ. Isto ocorreria através da participação ativa em todas as atividades e papéis oferecidos pela CT, o que levaria finalmente a uma internalização destes valores e conceitos, integrando-os como novos valores e atitudes perante a vida.

Por existirem tantos modelos de tratamento, Sabino; Cazenave (2005) dividem os modelos de CT em três linhas básicas de atuação:

- a) espiritual;
- b) científica;
- c) mista.

²⁹ Um dos lemas dos AA é: “se você quer beber, o problema é seu, mas se você quer parar, o problema é nosso!”.

A primeira teria fortes elementos religiosos, assim como a participação de DQs recuperados dentro da equipe de trabalho. A segunda atenderia preferencialmente ao modelo médico, com atuação maciça de profissionais da área da saúde. Já a terceira seria uma união das duas anteriores. Estes modelos voltarão a ser analisados mais detalhadamente mais adiante.

Quanto à orientação ética das CTs, a instituição regulamentadora brasileira nestas questões é, mais uma vez, a FEBRACT, que constituiu em 1995 o primeiro Código de Ética para as CTs, cujos Princípios Fundamentais são (FEBRACT, 2012):

- a) o trabalho nas CTs deve ser baseado no respeito à dignidade da pessoa humana;
- b) a permanência na CT deve ser voluntária e decidida após o candidato ser informado sobre a orientação e as normas em vigor;
- c) deve ser assegurado um ambiente livre de drogas, sexo e violência.

2.2.1.6 De acordo com um programa terapêutico

A questão do programa terapêutico talvez seja um dos mais controversos e polêmicos assuntos no que diz respeito às CTs, pelo menos no Brasil, já que grande parte delas não possui uma estrutura terapêutica suficientemente organizada, como já foi visto segundo o Relatório do CFP (CFP, 2011).

Em seu fantástico livro “*Biografía de una Comunidad Terapéutica*” Emílio Rodrigué (1965) descreve longamente a formação de uma das primeiras CTs dos EUA, e desde o início ressalta a importância da existência de um programa terapêutico capaz de dar conta das necessidades dos pacientes, em sua grande diversidade.

Ele afirma que a CT, funcionando como um organismo social³⁰ poderia modificar terapêuticamente o indivíduo, desde que este fizesse parte ativa e articulada dentro da organização social e terapêutica da mesma.

Também mostra que dentro de toda CT existe – e deve existir – uma dupla organização: formal e informal.

A organização formal seria justamente esta que constitui o programa terapêutico, com suas regras e normas, atividades, reuniões, critérios de admissão e permanência, e o conjunto de conteúdos a serem abordados durante o processo.

³⁰ Veja-se o ponto 2.2.1.4 onde se fala sobre a CT como um modelo psicossocial.

Já a organização informal estaria composta por um código tácito de conduta, aceito entre os pacientes, com um conjunto de tradições e mitos não necessariamente contemplados pela organização formal, e que poderia se estender até mesmo entre o quadro de funcionários, profissionais e não profissionais³¹.

Por outro lado, é também importante ressaltar neste ponto que o DQ que chega à CT já passou, em muitas ocasiões, por outras formas de tratamento, ou até mesmo pela proposta da CT³², mas até o momento sem resultados positivos definitivos. Por este motivo Badaracco (1994, p. 98) afirma que

a CT é uma espécie de matriz onde podem começar a se produzir as primeiras mudanças, os primeiros *insights*, os primeiros choques violentos, para que, somente depois de um tempo, o paciente possa tolerar uma terapia individual que meses antes se havia revelado totalmente insuportável e havia sido completamente desprezada.

É claro que o foco final do programa terapêutico da CT não é a terapia individual, mas este comentário mostra duas coisas importantes: primeiro, que a CT é um modelo diferenciado de tratamento, e que pode atuar onde outros modelos não conseguiram resultados satisfatórios; segundo, que o paciente necessitará de acompanhamento após a alta da CT, já que o processo de recuperação continua após o tratamento.

De todas as formas, a questão do programa terapêutico ainda será abordada mais profundamente, e será descrito o programa específico de uma das CTs a ser estudada.

2.2.1.7 Resgatando a cidadania [...] e a reinserção social

Maxwell Jones (1972) já dizia que uma CT funciona como uma espécie de micro-sociedade, na qual acontecem todas as dinâmicas naturais de um grupo social tradicional e que, portanto, a capacidade de socialização que o DQ em recuperação desenvolva dentro das fronteiras seguras da CT será necessária após o tratamento, quando necessite iniciar o processo de ressocialização inerente ao tratamento.

Um dos principais avanços das CTs contemporâneas, para De Leon (2008, p. 27), é “a passagem do modelo de CT de uma comunidade alternativa para DQs excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de aten-

³¹ Em Riggs, a CT estudada por Rodrigué (1965) existia o mito de que o próprio Freud teria passado uma noite na CT, e por isso um dos quartos era chamado de “o quarto de Freud”, fato que não era realmente comprovado. O caso é que quando um novato chegava à CT, muitas vezes era alojado no “quarto de Freud”, o que representava para ele uma grande pressão, e ao mesmo tempo dava ao local um ar de solenidade e grandeza. Rodrigué conta como era interessante observar como este mito era transmitido até mesmo entre os membros do pessoal de serviço.

³² Segundo dados do NIDA (2011) 60% dos DQs estudados já tinham passado por alguma forma de tratamento para a DQa.

ção aos seres humanos que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla”.

Ele ainda afirma que “é ao se esforçar para satisfazer as expectativas de participação da comunidade que os residentes perseguem suas metas individuais de socialização e crescimento psicológico” (DE LEON, 2008, p. 376). Desta forma, o DQ que consegue socializar-se dentro da CT teria desenvolvido recursos internos suficientes como para dar conta de uma posterior socialização, no suposto “mundo real”.

Para Rodrigué (1965, p. 21, tradução nossa), se detecta no DQ que ingressa ao tratamento “um Ego que entrou em descompensação e que, embora se mantenha intacto em determinadas áreas (percepção da realidade, pensamento lógico conservado) está consideravelmente debilitado sobre tudo na esfera das relações interpessoais”.

Não é raro, por este motivo, que algumas CTs desenvolvam atividades em conjunto com a comunidade local, atividades estas que, muito além de serem apenas simples ocupações, se tornam dispositivos capazes de fazer com que o paciente se sinta pertencente também ao mundo do lado de fora da CT.

Rodrigué (1965) relata, em sua experiência na CT Riggs, como eram desenvolvidas algumas atividades deste tipo. Peças teatrais e musicais eram apresentadas pelos pacientes no auditório da CT para a população da cidade³³, juntamente com os outros pacientes, médicos e demais funcionários, obtendo grande sucesso e prestígio dentro da comunidade. Até mesmo chegaram a colocar em funcionamento uma creche dentro da CT, que atendia os filhos da população em geral, sem que o preconceito ou a discriminação impedissem o desempenho de um excelente trabalho.

Assim, como mostra o estudo do NIDA (2011), muitas CTs utilizam um modelo de tratamento estruturado por etapas em níveis cada vez maiores de responsabilidade pessoal e social, utilizando a influência dos companheiros, mediada por uma série de processos grupais, para ajudar a que cada paciente possa aprender e assimilar as normas sociais básicas, assim como desenvolver habilidades sociais mais eficazes para sua vida futura.

Um exemplo de programa de reinserção social, na busca da reaquisição dos papéis sociais básicos, pode ser encontrado em Goti (1990, p. 11, tradução nossa):

Ramiro, 28 anos, casado, dois filhos, 4 meses em CT. Ramiro sai de final de semana com a tarefa de trazer anotado num papel tudo o que encontrou na geladeira, a lista de roupa no varal e os móveis que tem nos dormitórios da sua casa. Nada pode parecer mais banal e pouco elaborado que esta tarefa! O que há por detrás dela? Ramiro mora no mesmo prédio que os seus sogros. Todos os dias ao acordar sua esposa e seus filhos sobem para o café da manhã. Depois almoçam, dormem a sesta, tomam

³³ Stockbridge, Massachusetts, EUA.

café, jantam, tomam banho, assistem TV, etc. A roupa é lavada na casa dos sogros e as crianças deitam aí mesmo. Uma vez dormidos são levados à sua casa, “mas às vezes dá pena movê-los dormidos e ficam aí” para o que tem subido os berços. Estes e muitos detalhes mais são tomados como normais por ambas as famílias. Ninguém registra incômodo pela situação. Não dão sinais de modificá-la apesar dos grupos de esposas, pais, e dos próprios de Ramiro na CT, quem comenta este fato com total “ingenuidade”.

A intenção é que à sua volta leia o escrito frente à Família quem com certeza o questionará e confrontará sobre sua falta de responsabilidade como pai, esposo e genro.

Para Badaracco (1994) a recuperação verdadeira passa, inevitavelmente, pela aceitação da realidade, com uma conseqüente adaptação à sociedade, com seus papéis estabelecidos. Araújo (2003) também considera que a verdadeira ressocialização passa pela incorporação de princípios comportamentais e sociais, tais como o entendimento do papel social, assim como por uma integração social pautada pela cooperação e comprometimento, características estas das que evidentemente carece Ramiro, o caso citado acima por Goti.

A esta capacidade de desempenhar uma variada gama de papéis sociais Maxwell Jones (1972) atribuiu o *Nível 5 de Maturidade*, sendo que este é o nível máximo dentro da sua escala de valoração.

2.2.1.8 Reabilitação física

Para o NIDA (2011) a recuperação envolve “re-habilitação”, o que seria restabelecer o funcionamento das habilidades e valores saudáveis, assim como resgatar a saúde física e emocional. Em outras palavras, retomar um estilo de vida saudável, habilitar novamente aquilo que tinha sido desabilitado por causa da doença.

E quando se fala em reabilitação física, num primeiro momento, aparecem dois conceitos fundamentais: síndrome de abstinência e desintoxicação.

A síndrome de abstinência, segundo Dalgarrondo (2008, p. 345)

é o conjunto de sinais e sintomas que ocorrem horas ou dias após o indivíduo cessar ou reduzir a ingestão da substância que vinha sendo consumida geralmente de forma pesada e contínua. Para cada substância ou grupo de substâncias, há diferentes sinais e sintomas de abstinência; no entanto, observam-se com certa frequência os seguintes sintomas gerais de abstinência: ansiedade, inquietação, náuseas, tremor, sudorese, podendo, nos casos muito graves, ocorrer convulsões, coma e morte.

Por outro lado, embora estas afirmações sejam verídicas, estes mesmos sintomas da síndrome de abstinência podem sofrer modificações dentro da CT. Fracasso (2008, p. 16) afirma que, segundo a experiência nacional e internacional, “os sintomas da abstinência podem ser ‘represados’ dentro da CT, na maioria dos casos, pela alta coesão do ambiente criado pelo grupo”.

Para Alves (2010, p. 475) a maneira mais adequada de lidar com um DQ é “procurar angariar sua confiança, penetrando de uma maneira positiva no seu mundo de fantasia. [...] A capacidade de ouvir, a paciência no relacionamento [...] constituem conduta mais adequada”.

É interessante esta postura humanista em relação a um conceito tão puramente médico como a síndrome da abstinência, mas de acordo com o olhar da psicossomática, abordado acima por Alves, ganha uma nova formulação, como a postulada por Fracasso.

Ela continua dizendo que

A dependência química não pode ser tratada com medicação alternativa para aliviar o sofrimento que a própria doença causa porque este tipo de medicação impede o dependente de entrar em contato consigo mesmo, perpetuando o seu estado de dependência. Nenhum dependente consegue fazer uso de substâncias psicoativas todos os dias na quantidade e qualidade que deseja; algumas vezes não faz uso por diversos dias e não morre por crise de abstinência. (FRACASSO, 2008, p. 16).

Assim, a crise de abstinência, para a autora, poderia ser mais uma forma inconsciente – ou até mesmo consciente – do DQ tentar chamar à atenção, ou impressionar o pessoal de apoio, com a finalidade de conseguir medicações alternativas que substituam, de alguma forma, o efeitos das drogas de preferência inacessíveis no momento.

Em outros casos, esta não aconteceria justamente pela calidez do ambiente humano da CT, que ofereceria um entorno suficientemente seguro para o DQ, capaz de fazer com que este supere espontaneamente as primeiras horas de abstinência sem maiores consequências³⁴.

O segundo conceito relacionado com a reabilitação física a ser abordado é o da desintoxicação.

Segundo guia do NIDA (1998) a desintoxicação é apenas o primeiro estágio do tratamento e por si mesma contribui pouco para mudança a longo prazo de uso de droga, sendo esta um processo

onde os indivíduos são sistematicamente retirados das drogas num local de internamento ou não, tipicamente sob os cuidados de um médico. A desintoxicação é algumas vezes chamada de uma modalidade de tratamento distinta, mas é mais apropriadamente considerada uma precursora dos tratamentos, porque destina-se a tratar dos efeitos fisiológicos agudos quando o uso das drogas é interrompido. Medicações estão disponíveis para desintoxicação de opiatos, nicotina, benzodiazepínicos, álcool, barbitúricos e outros sedativos. Em alguns casos, particularmente os três últimos tipos de drogas, a desintoxicação pode ser uma necessidade médica, e abandonos sem tratamento podem ser medicamente perigosos ou até fatal.

A desintoxicação não visa lidar com os problemas psicológicos, sociais e comportamentais associados ao vício, e portanto geralmente não produz mudanças de comportamento duradouras necessárias para a recuperação. A desintoxicação é mais útil quando incorpora processos formais de avaliação e referência a tratamento subsequente de vício em droga (NIDA, 1998).

³⁴ É claro que isto não se aplicaria a casos de dependência alcoólica severa, e muito menos aos casos de dependências agudas de opiáceos, como a morfina e a heroína.

De Leon (2008) concorda com estas afirmações, dizendo que as metas imediatas da desintoxicação são a redução do incômodo físico e psicológico associado à falta da SPA, mas isso não significaria, de forma alguma, que o indivíduo se encontra pronto para mudar a si mesmo e ao seu estilo de vida.

Segundo ele, podem ser usadas, ou não, substâncias químicas para este fim, assim como para combater a síndrome de abstinência já referida, mas a regra geral para as CTs é que as abordagens medicamentosas medicamente geridas sejam trabalhadas em outros ambientes alheios à CT, como hospitais e enfermarias, por exemplo.

2.2.1.9 Reabilitação psicológica

A recém estudada reabilitação física é a base inicial do tratamento, mas este objetivo é clássico da abordagem médica. Como foi visto, o tratamento da síndrome de abstinência, assim como a desintoxicação propriamente dita, podem acontecer em locais externos à CT, sem necessidade de um programa de recuperação especializado.

Por isto, a grande diferença da modalidade de tratamento da CT é, justamente, a reabilitação psicológica.

Quando se fala da recuperação da DQa não tem como se deixar de pensar na díade doença-pessoa, já que, como afirma De Leon (2008, p. 42) “não é a droga, mas a pessoa inteira, o problema a ser tratado”. E a pessoa inteira sugere, inevitavelmente, todo o universo psicológico e emocional do DQ.

Como também foi visto acima, a recuperação envolve a busca da maturidade emocional do paciente, que assim poderá tornar-se um membro útil na sociedade em que convive, assim como um agente ativo no seu grupo de convivência. E para que esta reconstrução social aconteça, é necessário que antes se opere uma mudança psicológica.

Assim, desde a perspectiva da CT de De Leon (2008), o que deve ser tratado é a pessoa como ser social e psicológico, ou seja, deve ser tratado o modo como o DQ se comporta, pensa, sente, administra suas emoções e frustrações, suas culpas e tristezas, a sua comunicação com o mundo externo e o interno.

De certa forma, como afirmam Sabino; Cazenave (2005), o DQ é alguém que se encontra diante de uma realidade objetiva e/ou subjetiva insuportável, e que não conseguindo suportar, modificar ou se esquivar desta realidade, lhe resta modificar a percepção que tem da mesma, o que acontece através de SPA.

De Leon (2008) complementa esta idéia, constatando que o DQ tem medo de encarar a si mesmo e aos outros, tem medo das exigências da vida cotidiana e, principalmente, das exigências que a própria mudança significa, e por isso acaba vivendo uma vida precária, insubordinada ou anti-social.

Assim, o tratamento dentro da CT o ajudaria a enfrentar esses medos, mas para isso precisaria sentir-se psicologicamente seguro, e seria justamente neste clima terapêutico que este início de mudança poderia ocorrer.

Este processo de mudança interna dentro da CT, para Badaracco (1994), pode acontecer de forma silenciosa e revelar-se inesperadamente num momento determinado do tratamento, eliciado por um movimento de transformação pessoal que não pode ser transmitido ou ensinado, algo que cada um deve fazer por si mesmo. Desta forma ele dá um sentido quase místico de “iluminação” a este processo, o que sugere algo semelhante à “entrega” encontrada no 3º Passo dos AA, assim como o “despertar espiritual” do 12º Passo.³⁵

O tratamento em CT está balizado por momentos sucessivos de tomada de consciência, que aparecem como emergentes ou realizações privilegiadas do processo terapêutico comunitário. São expressão vivencial de transformações que se realizam no paciente e nas quais tomam formas concretas processos de elaboração inconscientes, promovidos por uma abordagem terapêutica adequada. (BADARACCO, 1994, p. 99).

Por isso, para De Leon (2008), os principais conteúdos a serem trabalhados durante o processo terapêutico na CT seriam³⁶:

- a) baixa auto-estima;
- b) identidade negativa;
- c) intolerância à frustração;
- d) variedades de culpa;
- e) disforia e perda de sentimentos;
- f) hostilidade e raiva;
- g) administração das emoções.

³⁵ Ver Anexo A.

³⁶ Não serão detalhados cada um destes conteúdos, já que esta tarefa significaria uma outra revisão de literatura capaz de dar conta da amplitude dos conceitos.

Por outro lado, existe também o trabalho a ser realizado nos diferentes níveis de dependência que o DQ desenvolve ao longo da sua “vida ativa”, já que seria um erro imaginar que a dependência de SPA é a única forma de dependência que atormenta o DQ.

Em relação a isto, o psicólogo francês, Françoise-Xavier Colle define seis diferentes níveis de dependência vivenciados pelo DQ a nível sistêmico, sendo estes os mostrados na tabela a seguir.

Tabela 2 - Seis níveis de dependência do DQ (Colle)

Nível de dependência	Características
<i>Dependência dos efeitos</i>	O consumo de várias SPA resulta em uma diversidade de padrões de consumo.
<i>Dependência das relações afetivas</i>	Em torno do DQ há, pelo menos, uma pessoa co-dependente ³⁷ .
<i>Dependência do fornecedor</i>	Diz respeito às pessoas que envolvidas no processo de distribuição da SPA, como traficantes, médicos, farmacêuticos, etc.
<i>Dependência do provedor</i>	Pessoas que facilitam ou possibilitam o DQ a adquirir a SPA.
<i>Dependência dos pares de consumo</i>	Pessoas que compartilham informações, o acesso às SPA, aqueles que pertencem à “cultura da droga”.
<i>Dependência de crenças</i>	Envolve a dimensão do significado da droga em sua vida, diz respeito à crença sobre a eficácia do uso de SPA em momentos críticos.

(COLLE apud GUIMARÃES et al., 2009)

³⁷ Co-dependente seria aquela pessoa que adocece junto com o DQ ao longo, e em decorrência, do seu uso.

2.2.2 Tipos de CT

Existem muitas formas de classificar as CTs, mas para poder ter uma noção básica dos tipos de CTs que podem ser encontradas, serão consideradas as classificações feitas por Goti (1990). Segundo esta, então, as CTs podem ser:

- a) públicas ou privadas;
- b) rurais ou urbanas;
- c) de equipes profissionais, de ex-adictos ou mistas;
- d) religiosas ou não religiosas;
- e) democráticas ou hierárquicas.

Segundo dados do SENAD (BRASIL, 2007) a absoluta maioria (97%) das CTs no Brasil seriam privadas (não-governamentais), o que não significa que sejam empresas particulares, mas sim Organizações não Governamentais (ONGs) de serviço social com modelo institucional. As CTs de modelo público de fato são raridade, evidenciando isto uma grande omissão por parte do Estado em relação à recuperação da DQa.

Segundo relatado pela Prefeitura Municipal de Cachoeirinha, RS (PREFEITURA..., 2011), a primeira CT Pública Municipal do Brasil teria sido fundada em 02 de abril de 2011, na cidade de Cachoeirinha, RS, na região metropolitana de Porto Alegre, chamada de CT Reviver.

A questão da localização das CTs é bastante simples, podendo estas serem localizadas tanto em chácaras ou fazendas, quanto em locais urbanos. Como já foi visto acima, a predominância da localização do modelo brasileiro de CT é na área rural.

A questão das equipes já é um tema mais complexo, e que tem despertado grandes controvérsias no transcurso do desenvolvimento do programa das CTs no mundo.

Basicamente, os modelos tradicionais das primeiras modalidades de CT no mundo, como a de Maxwell Jones (1965) seriam de equipes exclusivamente profissionais, ou seja, médicas. Com o passar do tempo, estes modelos de CTs operadas exclusivamente por profissionais foram diminuindo, e dando lugar aos modelos de CTs operadas por ex-adictos, ou melhor, por DQs em recuperação, como afirmam De Leon (2008) e Goti (1990). Um pouco

mais adiante, chegando à época atual, o avanço das técnicas médicas e psicológicas, assim como o grande crescimento do contingente de DQs recuperados dispostos a tentar ajudar outros DQs ainda em sofrimento, fez com que surja um novo modelo de CT: a CT mista. Esta “conjuga a experiência insubstituível do ex-adicto com a capacitação acadêmica do profissional” (GOTI, 1990, p. 16, tradução nossa), o que, sem dúvidas, enriquece cada vez mais o programa de recuperação.

Goti propõe uma tabela de distribuição dos tipos de CTs por localização e modelo de equipe:

Tabela 3 - Tipos de CTs por modelo de equipe e localização (Goti)

Equipe	Localização	
	Urbana	Rural
Profissionais	Muito frequentes	Pouco frequentes
Ex-adictos	Pouco frequentes	Frequência média
Mistas	Frequência média	Muito frequentes

(GOTI, 1990, p. 17, tradução nossa)

As controvérsias começam quando ambos os grupos, profissionais e ex-adictos, tentam unificar as suas experiências, ambas válidas, mas ambas incompletas.

O conhecimento advindo exclusivamente da experiência de recuperação pessoal e do ritual dos programas tende a permanecer estático, não-responsivo a diferenças individuais ou a mudanças circunstanciais. Logo, é vital uma compreensão conceitual ou teórica da abordagem da CT para que se adaptem seus princípios e práticas para atender à maior diversidade de clientes que hoje fazem tratamento. (DE LEON, 2008, p. 6).

Assim, segundo o autor, ambas as abordagens seriam incompletas e necessitariam dos recursos da outra, mas como fazer isto? Ele mesmo afirma que, em muitas ocasiões, os profissionais que iniciam os trabalhos dentro de CTs já operadas por ex-adictos acabam, mesmo que de forma involuntária, introduzindo conceitos, linguagem e métodos que muitas vezes se contrapõem às características essenciais da CT, ou mesmo as acabam subvertendo.

Isto mostra que a junção efetuada pelas CTs mistas é, com toda certeza, fruto de muito trabalho, a fim de conseguir desenvolver uma perspectiva comum, capaz de abranger toda a dimensão científica e vivencial do trabalho.

As CTs também podem ser religiosas ou não, segundo incluam ou não dentro dos seus valores alguma forma de denominação religiosa. Segundo Israel-Pinto (2011) a maior parte das CTs no Brasil estão vinculadas a alguma forma de confissão religiosa, predominantemen-

te católica e protestante. Segundo este autor, este fenômeno se deveria ao vácuo deixado pelas políticas públicas, que teria sido preenchido justamente pelas diversas religiões³⁸.

Um levantamento realizado por ele na região metropolitana de Curitiba, PR, mostrou que 90% das CTs estudadas possuíam um cunho religioso e pautavam suas ações apenas na crença religiosa, e não em programas de recuperação efetivamente comprovados. Isto levou a uma crítica severa ao embasamento excessivamente religioso, em detrimento de práticas de caráter técnico-profissional.

Segundo a pesquisa do Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) apresentada por Duarte (2010), 93% das CTs estudadas utilizaria um modelo religioso de tratamento.

Esta realidade das CTs brasileiras, predominantemente religiosas, foi também confirmada pelos dados da FEBRACT (2012), assim como pelo Relatório do CFP (2011). Principalmente neste último pode ser visto como o repertório religioso na CT não acaba oferecendo instrumentos suficientes como para que o DQ possa recuperar-se de forma integral.

Finalmente, as CTs podem ser democráticas ou hierárquicas. Como já foi visto, para Maxwell Jones (1965) a idéia primeva da CT seria, justamente, o ambiente democrático, de mobilidade social, no qual todos os membros possam fazer-se responsáveis pelo grupo e pela instituição, independentemente das suas características pessoais.

Mesmo assim, posteriormente, assim como na atualidade, muitas CTs obedecem a regimes marcadamente estratificados, caracterizadas “pela hierarquização de funções e comandos, por técnicas de auto-ajuda e terapia comportamental” (ARAUJO, 2003). Nesta forma de tratamento, “o residente progressará ao longo de uma hierarquia de funções cada vez mais importantes, com mais privilégios e responsabilidades” (NIDA, 2011, tradução nossa).

Desta forma a CTs democráticas seriam aquelas nas quais não existiria uma autoridade final oficialmente definida, sendo esta autoridade definitiva uma prerrogativa do grupo como um todo, e não de um ou alguns membros do mesmo. Isto implica uma grande complexidade do espectro social da CT, normalmente muito difícil de administrar e regular.

Já as CTs hierárquicas (a maior parte delas) seriam aquelas com menor complexidade social, com regras e limites bem definidos, assim como com grupos específicos de dirigentes que seriam os autores dos mesmos. Isto não significa que o restante da CT não possa participar da elaboração destas normas e limites, mas sim representa que, para todos os efeitos, existe uma autoridade máxima de referência dentro do ambiente da CT.

³⁸ Como foi visto no início deste trabalho, as duas primeiras CTs do Brasil (o Desafio Jovem, e a APOT) teriam sido fundadas por grupos religiosos.

2.2.3 Características da CT

Como já foi dito, o clima terapêutico, ao que Maxwell Jones (1965) se referia, é o que torna a CT uma metodologia de tratamento absolutamente singular, oferecendo ao paciente uma estrutura altamente organizada em torno do objetivo principal: a recuperação integral do indivíduo.

Seria este clima o responsável por catalisar harmonicamente todas as partes que compõem a riquíssima estrutura da CT: a estrutura física, as diversas equipes de trabalho, as atividades terapêuticas, as labores, as reuniões, o grupo em si mesmo, e tantas outras que seria muito difícil abranger numa simples descrição.

O caso é que se este clima não for preservado, a harmonia da terapêutica desaparece, desaparecendo assim a CT, para surgir, em seu lugar, uma estrutura diferente, cheia de conteúdos descontraídos, de processos inacabados. Como diria o saudoso Fritz Perls (1975), o todo é muito maior do que a mera somatória das partes, portanto, uma CT sem um clima terapêutico adequado deixa de ser, inevitavelmente, uma CT.

Considerando isto, então, as principais características que determinariam este catalisador clima terapêutico dentro da CT, segundo Maxwell Jones (1972), De Leon (2008), Goti (1990) e Rodrigué (1965) seriam:

- a) *a organização é vista como um todo responsável pelo resultado terapêutico.* Ou seja, não há ninguém dentro da CT que possa se considerar de fato, irrelevante ou insignificante em relação à construção do modelo terapêutico e, conseqüentemente, em relação aos seus resultados. Se o programa terapêutico estiver dando bons resultados, é mérito de todos, se os resultados forem insatisfatórios, é problema de todos;
- b) *a organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos,* em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento. Dentro da CT é extremamente importante o desempenho de papéis sociais como forma de aprendizado, assim como modelo de ressocialização posterior, já que o DQ raramente desempenhava estes papéis tanto dentro do grupo familiar, quanto na socie-

dade como um todo. Assim, podendo assumir papéis de relevância dentro desta organização social da CT, ele pode começar a sentir-se parte integrante do grupo, e assim acabar aderindo ainda mais ao programa terapêutico da CT;

- c) *a democratização é um elemento nuclear*: o ambiente proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição. Isto acontece tanto nas CTs democráticas quanto nas hierárquicas, embora nas primeiras o modelo seja mais evidente. Esta democratização retoma os princípios observados nos pontos anteriores, já que através dela o paciente assume novos papéis sociais, assim como deve assumir a sua parcela de responsabilidade dentro da dinâmica do grupo e da instituição como um todo;
- d) *todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos*. E como é verdade esta afirmação dentro do dia-a-dia da CT! Não existe nada que não seja potencialmente terapêutico no cotidiano de uma CT, e muito menos as relações sociais. Em cada forma de vínculo acontece um aprendizado diferente: com aqueles companheiros mais próximos se desenvolve a capacidade de vinculação afetiva, coisa rara no DQ; com aqueles não tão próximos, se desenvolve a tolerância, a capacidade de conviver com o diferente, de conseguir tolerar diariamente aquilo que desagrada, sem por isso necessitar de mecanismos de fuga, como álcool ou drogas; com o pessoal da equipe se ressignificam os vínculos com a autoridade e a capacidade de aceitar os limites; com a própria família se modificam os vínculos através do sistema de visitas e ressocialização, começando, através destes, às vezes pela primeira vez, um processo de aproximação sucessiva que pode desembocar num vínculo muito mais saudável do que se tinha anteriormente. Infinitas seriam as possibilidades de vinculação a serem aqui descritas, todas elas com novas perspectivas para o DQ em recuperação, podendo ainda contar o contato com os grupos religiosos que

possam fazer parte da equipe externa³⁹, o pessoal de apoio⁴⁰, quando existe, diferentes tutores e instrutores⁴¹, equipe médica, e tantas outras pessoas que podem vir a fazer parte do dia-a-dia da CT. Em cada um destes relacionamentos o DQ precisa posicionar-se de forma diferenciada àquela que mantinha antes do tratamento, o que acaba se tornando potencialmente terapêutico, mesmo que essa não seja a finalidade principal do vínculo;

- e) *a atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica, combinando aceitação, controle e tolerância com relação aos comportamentos disruptivos.* Errar em segurança é uma das máximas da CT, onde o residente pode sentir-se seguro o suficiente como para ser autêntico, mesmo com suas falhas e dificuldades. Se errar, isto terá uma consequência, com certeza, mas não será “banido” do grupo por este motivo⁴². Como já foi visto, existe uma série de mecanismos de controle dentro da CT, mecanismos estes dos quais o residente faz parte ativa. Cabe lembrar que, na maioria dos casos, o DQ teve uma educação extremamente rígida ou, pelo contrário, extremamente desregrada, o que o fez ter uma relação bastante conturbada com os limites impostos pela realidade, dos quais precisava fugir através da sua dependência. Agora, dentro da CT, se busca um ponto intermediário entre estes dois modelos, uma forma de que o DQ possa se reconciliar com os limites;
- f) *atribui-se alto valor à comunicação.* A comunicação é tudo dentro da CT, sem ela nada acontece, o ambiente terapêutico se desintegra. A comunicação do DQ é, geralmente, muito precária, reduzida apenas àquilo que é mais básico, mesmo quando este possui um amplo repertório. Normalmente o DQ não comunica o que é necessário, não expõe as suas idéias e sentimentos, salvo quando estes irrompem de

³⁹ No caso das CTs religiosas.

⁴⁰ Equipes de limpeza, cozinha, lavanderia, e outros serviços, presentes em algumas CTs.

⁴¹ No caso das CTs que oferecem cursos diversos ou atividades dirigidas, como esportes, artesanato, música, etc.

⁴² Exceto nos casos de transgressões que sejam passíveis de exclusão da CT, das quais o residente tem conhecimento desde o ato da internação.

forma abrupta, muitas vezes com violência desnecessária e desproporcional para o momento e a situação. O DQ não desenvolveu a assertividade, não consegue discutir opiniões sem que isso represente uma oscilação entre o silêncio e a violência, e como dentro da CT a violência é passível de punição, geralmente opta pelo silêncio, o que o isola do ambiente, e impede que o processo de recuperação aconteça. Assim, o sistema de comunicação que a CT adota, seja através de reuniões formais ou pelo contato diário informal, serve como modelo para o DQ, que precisa aprender a interagir ativamente com o mundo que o cerca. Uma vez inserido na realidade da CT, o DQ precisa se comunicar para poder fazer parte, e esta capacidade é uma das grandes ferramentas que este adquire ao longo do processo de recuperação;

g) *o grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade.*

Embora lamentavelmente ainda existam CTs que não compreendam que o trabalho precisa ser produtivo para ser terapêutico, como algumas das citadas no Relatório do CFP (2011), uma boa parte das CTs sabe que para que seja efetivamente terapêutico, o trabalho tem que ser real e necessário. Isto significa que o trabalho não deveria ser apenas uma terapia ocupacional, que encontra o fim em si mesma, mas sim algo que seja relevante para a comunidade como um todo, algo que se deixado de fazer fará falta para o grupo. Com isto o residente desenvolve a responsabilidade e o compromisso que muitas vezes lhe faltaram durante sua vida, assim como aprende também a aceitar os limites impostos pela rotina de trabalho, e também a capacidade de socialização, ao realizar, geralmente, estes trabalhos em grupo. Além destas coisas, o trabalho produtivo é dignificante, ou seja, o DQ recupera também muito da sua autoestima perdida ao sentir-se útil e necessário dentro da CT, o que o faz, ao mesmo tempo, estar cada vez mais apto para aquilo que é a finalidade

última do tratamento: o retorno à sociedade. Isto nunca pode ser esquecido ao longo do processo, o residente está lá temporariamente, ele vai retornar à sociedade, e por isto é necessário que tudo o que aconteça dentro da CT vise este objetivo;

h) *usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos.*

Este ponto se refere ao sistema de sanções que toda CT utiliza, sejam estas formais ou informais, e muitas vezes dentro do cotidiano da CT adquirem nomes alternativos, menos agressivos ou ostensivos. Este ponto ainda será estudado mais detalhadamente, por isso cabe aqui resumir a ideia deixando claro que existe um mecanismo de controle formal dentro da CT, com sanções para as transgressões e comportamentos disruptivos, inclusive com um regulamento que determina quem pode ou não permanecer dentro da mesma. Mas existe também uma constante pressão grupal, que incide informalmente, para que todos os seus membros mantenham comportamentos considerados aceitáveis para o grupo, e que muitas vezes acaba sendo mais relevante para o residente do que a própria sanção formal. Para este fim a CT também disponibiliza técnicas grupais de pressão social, através de alguns modelos de reunião e avaliação grupal, que serão vistos mais adiante.

Desta forma pode-se perceber que a CT é um todo extremamente complexo, que não se reduz apenas ao cuidado das questões relacionadas com a DQa, mas sim ao indivíduo de forma integral, e que cuida de todos os aspectos que possam ter sido deteriorados ao longo da “vida ativa”⁴³.

Por este motivo, aquele que deseje trabalhar nesta modalidade de recuperação precisa dispor de um alto grau de seriedade e comprometimento, a fim de que as condições mínimas de recuperação possam ser garantidas.

Aqueles locais que não respondam ao mínimo destas características básicas não merecem ser chamados de CTs, mas de qualquer outra denominação que não desprestigie este sério trabalho de recuperação humana, que é a CT.

⁴³ A vida no uso de SPA.

2.2.4 O dia-a-dia da CT

Como modalidade de tratamento, a CT oferece algumas vantagens em relação a outras metodologias, principalmente devido ao seu regime residencial, assim como às características relacionadas acima. Para Goti (1990, p. 117, tradução nossa), a CT

oferece a possibilidade de concentrar num tempo bastante breve e num espaço relativamente reduzido, muitos instrumentos terapêuticos, o que seria impossível de lograr de outra maneira. Num dia comunitário, o residente recebe 24 horas de tratamento que abrange áreas sociais, educacionais, laborais, legais, psicológicas, recreativas, artísticas e familiares.

Como afirma De Leon (2008) todo DQ carece absolutamente de uma estrutura de vida externa e, de certa forma, esta desestrutura exterior reflete fidedignamente a desestruturação interna que o mesmo sofre.

Outra característica do DQ, segundo o mesmo autor, é que não suporta a rotina, sendo este um dos principais motivos pelos quais ele nunca traça objetivos de longo prazo. Tolerância à frustração e à repetição tampouco são características fundamentais dos DQs, assim como não o é a capacidade de administrar o tempo de forma produtiva e saudável.

Desta forma, pode-se ver claramente o objetivo da rotina dentro da CT, sendo esta uma ferramenta estruturante dentro do processo terapêutico, ensinado ao DQ noções de tolerância à rotina e à frustração, traçado de metas de longo prazo, capacidade de administração do tempo e, principalmente, a certeza de que se encontra num ambiente seguro, onde sabe o que vai acontecer a cada momento, como também afirmam De Leon (2008) e Goti (1990).

Embora isto possa parecer extremamente básico e comum para a maioria das pessoas, para o DQ se transforma num verdadeiro desafio, que para vencê-lo necessita de todas as suas forças e todo o seu empenho.

De Leon (2008) e NIDA (2011) descrevem o dia da CT de forma muito semelhante, mas para ilustrar mais claramente, será transcrita apenas a descrição de De Leon:

A rotina diária é plena e variada. O dia da CT típica começa às 7 da manhã, quando se acorda, e termina às 11 da noite. Esse dia de 16 horas consiste em reuniões matinais e noturnas da casa, funções de trabalho, grupos terapêuticos, seminários, tempo livre pessoal, recreação, bem como aconselhamento individual segundo a necessidade. A rotina dos fins de semana é um pouco menos exigente. Acorda-se mais tarde, tem-se de frequentar menos grupos e seminários e o foco é a limpeza geral das instalações [...]. A rotina diária é um componente tanto estrutural como sistêmico do modelo de tratamento. [...] Assim, a rotina diária *programa* as atividades do modelo de tratamento e, ao aprimorar a coesão comunitária, facilita o atingimento das metas do modelo. (DE LEON, 2008, p. 138).

É claro que cada CT responderá a um modelo de cronograma diário, mas esta descrição de De Leon com certeza abrange o mais básico dentro da diversidade que pode ser encontrada nos mais variados modelos de CT.

No próximo ponto serão descritas algumas das atividades recém relacionadas, assim como as suas finalidades e mecanismos de funcionamento.

2.2.5 As atividades dentro da CT

Diversas são as atividades que compõem o cronograma de uma CT, como já foi visto acima. Neste ponto serão descritas, a fim de caracterizar mais detalhadamente a metodologia utilizada, algumas das mais relevantes atividades.

2.2.5.1 Laborterapia

Como já foi dito, o trabalho, ou laborterapia, é um dos fatores essenciais do programa de tratamento da CT, já que muito além de ser uma atividade educativa ou “ocupativa”, é uma importante ferramenta no desenvolvimento da autoestima do DQ.

Rodrigué (1965) relata que desde o período inicial das CTs, na sua modalidade de CT psiquiátrica, a laborterapia se constituía num importante elemento antiregressivo para os pacientes, que podendo estar ocupados e ativos, desenvolviam o seu raciocínio e suas capacidades motoras.

Mas o problema era que esta modalidade de atividade se tornava, de certa forma, obsoleta, já que o trabalho consistia um fim em si mesmo, e não uma forma de produzir algo realmente útil e necessário para o grupo.

Por isto Rodrigué (1965) afirma depois que um dos principais elementos nesta atividade é que o trabalho seja real e necessário, a fim de que o paciente que o realize possa sentir-se efetivamente útil, fazendo parte integrante do todo maior que é a CT.

De Leon (2008) concorda com a afirmação de que o trabalho é um dos componentes que fazem da CT uma modalidade diferenciada de tratamento. O paciente tradicional deixa o seu papel inativo, de alguém temporária ou indeterminadamente incapacitado, e passa a se tornar um membro operante do grupo, e é nesta modificação que acontece o surgimento da estrutura da CT primeva.

Embora nos primórdios das CTs a presença do trabalho respondesse muito mais à necessidade do que à terapêutica em si mesma, acabou se constituindo como algo tão característico, que é muito difícil imaginar uma CT sem trabalho.

O objetivo terapêutico principal do trabalho seria a facilitação do intercâmbio pessoal dotado de sentido particular, promovendo o desenvolvimento de comportamentos, atitudes e valores saudáveis, como pode ser visto em De Leon (2008), Goñi (2005), Goti (1990), Jones (1972) e Rodrigué (1965).

Segundo estes autores a identidade social adquirida ao desempenhar funções concretas e necessárias é fundamental para o posterior processo de socialização, assim como a autoestima proveniente da percepção da própria capacidade de desempenho é uma das bases para o posterior enfrentamento com a realidade que espera o DQ uma vez completado o tratamento.

Para De Leon (2008) o sucesso no trabalho dentro da CT é, muitas vezes, a primeira experiência de sucesso pessoal do DQ, e isto modifica substancialmente as suas percepções em relação ao seu futuro. Aquele que consegue desenvolver satisfatoriamente as atividades laborais dentro da CT ganha uma base mais tangível para sentir-se capaz de enfrentar as altas exigências do mercado de trabalho.

Para aqueles que já tinham um histórico de sucesso no trabalho, a capacidade de desenvolver funções específicas, assim como desempenhar papéis sociais de relevância, pode fazer com que se sintam novamente produtivos e aptos para o rápido retorno à realidade.

Muitas são as modalidades de trabalhos e funções que são realizados dentro da CT, incluindo dentro destes “a renovação e manutenção das instalações físicas e dos terrenos, tarefas domésticas, segurança, preparação e fornecimento de refeições, tarefas de escritório e administrativas, aquisição de recursos” (DE LEON, 2008, p. 145).

Goti (1990, p. 83, tradução nossa) também comenta a importância do trabalho na CT, desde que este seja sempre uma atividade real. “O residente que vai à cozinha vai cozinhar para a Família. O que pinta, pintará uma parede de uma casa na qual logo morará, ele mesmo ou alguém que ele conhece”. Para ela, o trabalho seria importante por três motivos:

- a) primeiro, porque é importante começar e terminar algo;
- b) segundo, porque é importante poder ver o resultado do que foi feito;
- c) terceiro, porque o que foi feito serve e alguém sai beneficiado com isso.

2.2.5.2 Estudo dos 12 Passos de AA, o AE, e demais conteúdos teóricos

O estudo dos 12 Passos de AA tornou-se, com certeza, o estandarte de todas aquelas CTs que proferem algum tipo de programa terapêutico específico, sendo a base de muitos dos princípios e valores das mesmas.

O Padre Haroldo Rahm (1996), em seu livro que relata a experiência dentro da APOT, deixa claro como os princípios dos 12 Passos de AA conduzem o DQ através de todo o processo de recuperação, sendo o estudo destes, por este motivo, de essencial importância para o aprofundamento do processo de recuperação, tanto quanto, ou até mais, que outras abordagens terapêuticas convencionais.

No clássico “Livro Azul” dos AA⁴⁴ encontra-se uma audaciosa explicação de como funciona este programa, aparentemente fundamentado em conceitos de simples apreensão, mas de uma profundidade ímpar:

Raramente temos visto fracassar uma pessoa que cuidadosamente seguiu nosso caminho. Os que não se recuperam é porque não podem ou não querem se entregar completamente a este programa simples. Geralmente, homens e mulheres que, pelas suas constituições, são incapazes de ser honestos consigo mesmos. Existem tais desafortunados. Eles não têm culpa; parecem ter nascido assim. São, por natureza, incapazes de desenvolver um modo de vida que requeira rigorosa honestidade. Suas “chances” são menores que o comum. Existem, também, aqueles que sofrem de graves desequilíbrios emocionais e mentais, embora muitos se recuperem por terem a capacidade de ser honestos. (AA, 1955, p. 73).

Apesar da postura evidentemente determinista⁴⁵, o mais impressionante deste pensamento é a relevância que a honestidade possui para este programa, e como a recuperação parece algo simples quando se é honesto.

Basicamente esta é a proposta da CT: ser honesto, desejar o tratamento e buscar a recuperação. Quando isto se consegue, pode-se festejar a melhora com as próprias palavras de Bill: “Somos como passageiros de um grande navio momentos após serem salvos de um naufrágio, quando a camaradagem, a alegria e a democracia reinam por toda a embarcação, desde a mesa mais humilde dos passageiros de segunda à do capitão” (AA, 1955, p. 37).

O Padre Haroldo Rahm (1996) também cita os princípios do AE⁴⁶ como bases fundamentais do tratamento dentro da CT, indicando que a proposta destes seria:

⁴⁴ Escrito principalmente por Bill W. em 1939.

⁴⁵ Na época começava a se acreditar que o alcoolismo possuía um caráter hereditário que deixava o alcoólico absolutamente à mercê do seu desejo de beber, constituindo-se praticamente em uma anomalia cerebral, ou coisa parecida.

⁴⁶ Presentes no Anexo B.

- a) não vamos procurar causas fora do indivíduo para desculpá-lo;
- b) vamos responsabilizar cada jovem por suas ações;
- c) vamos fixar limites do que é aceitável;
- d) vamos exigir que o comportamento inaceitável cesse.

Menezes (1996) explica que o AE é, principalmente, uma proposta destinada aos pais, mas também aos orientadores, que encoraja estas pessoas a começar a agir, em vez de somente falar, colocando limites e construindo, assim, um ambiente de cooperação, desencorajando a agressividade e a violência.

Fica claro que estes são também os princípios e os objetivos da equipe de trabalho, assim como de todos os dirigentes, de uma CT, confirmando desta forma que o AE é uma ferramenta fundamental para estes programas.

A fim de esclarecer um pouco mais a filosofia do AE, como de indicar qual a posição da família no processo de recuperação, o casal York, fundador do AE, explica:

A suposição de que, em primeiro lugar, algo esteja errado na família de um jovem que se comporte de maneira já descrita⁴⁷ é falsa. [...] Nossos jovens, inclusive aqueles que manifestam um comportamento destrutivo, provêm de todos os tipos de ambientes familiares. [...] Ricos, pobres, ou da classe média; de grau de instrução variável; tolerantes ou intransigentes; profundamente religiosos e coerente com qualquer um dos credos, ou sem nenhum envolvimento com qualquer uma das crenças religiosas; divorciados, casados pela segunda vez, ou ainda em seu primeiro casamento. Os próprios jovens são, como filhos, os primeiros, os segundos, os oitavos, os últimos, os únicos, ou adotados. Raramente, porém, todos os filhos de um mesmo casal exibem um comportamento semelhante ao descrito: mais comumente, apenas um, no máximo dois deles, é a causa da desagregação da vida familiar. O denominador comum é o próprio comportamento, socialmente inconveniente e inaceitável. [...]

[...] A busca de problemas familiares assim como de anomalias na estrutura familiar que supostamente “causem” o comportamento em questão desvia nossa atenção da realidade e da verdadeira causa: a responsabilidade, ou irresponsabilidade, do adolescente de hoje por seus próprios atos. (YORK, 1989, p. 22-23).

Por mais incisiva que a postura do AE seja, há de se concordar com o fato de que a multifatorialidade da expressão da DQa como doença, assim como da sua incidência no ambiente familiar indiscriminado, fala por si mesma.

Por isto o AE busca uma solução no comportamento inadequado muito antes que buscar os motivos que levaram a esse comportamento, o que caracteriza uma abordagem de base comportamental, bastante adequada considerando a urgência do problema em questão.

⁴⁷ Jovens com comportamentos agressivos e violentos, que não desempenham satisfatoriamente as suas funções escolares, sociais e laborais, e/ou com problemas de uso problemático de SPA.

Obviamente, a aparente superficialidade desta abordagem não descarta a possibilidade de trabalhar os conteúdos psicodinâmicos num momento mais avançado do processo de recuperação.

2.2.5.3 Reunião de Confronto

Criar situações em que o DQ precise, necessariamente, deparar-se frente a frente com a sua realidade é um dos princípios da terapêutica da CT, e a reunião de confrontação, ou Reunião de Confronto, para Goti (1990), é um dos principais instrumentos para esta finalidade.

Segundo a autora, o confronto seria uma forma de *feed-back* social, no qual o grupo funciona como um espelho, que devolve a imagem que o residente tem perante o mesmo. Seria uma forma de mostrar, de forma clara e contundente, as falhas e os acertos, defeitos e virtudes, que mais têm sido recorrentes durante o tempo de tratamento.

Para Maxwell Jones (1972) o confronto teria um efeito catártico no grupo, permitindo aos residentes desabafar e reduzir temporariamente as suas pressões internas e externas, levando necessariamente ao crescimento de todas as partes envolvidas.

O mais impressionante numa CT é que, como cita Goti (1990), mesmo que o residente não peça ajuda, ela lhe será dada, inclusive se este não a quiser. O confronto não é opcional, uma vez dentro do grupo a verdade aparece.

Como ela mesma disse (GOTI, 1990, p. 76, tradução nossa), “ninguém pode enganar-se a si mesmo em comunidade, assim como ninguém pode enganar a um entorno vigilante e alerta que está vivendo ou que tem vivido o mesmo há não muito tempo”.

Ainda afirma que esta ajuda nem sempre é bem recebida, e por isso muitas vezes é muito difícil de ser dada. É necessária muita coragem para confrontar e para ser confrontado, já que muitas defesas são quebradas através desta prática. Por isso ela afirma que, depois de um confronto “há somente duas opções: ou se enfrenta com os seus sentimentos ou vai embora” (GOTI, 1990, p. 77, tradução nossa).

Existe uma espécie de “guia” para esta forma de avaliação, um lembrete de como é importante esta prática para a recuperação verdadeira, que a autora (GOTI, 1990) transcreve em seu livro:

- O confronto começa entre as pessoas que crescem comigo. As que têm um mês a mais que eu e as que têm um mês menos que eu devem confrontar-me e vice-versa, para crescermos juntos.

- O confronto serve para conhecermo-nos a través de confrontar tudo o que tem nos acontecido na vida.
- O confronto serve para alcançar confiança e compromisso. Da rua se chega sem confiar e sem comprometer-se.
- O confronto é algo forte, pois sempre pensamos que o nosso é pior.
- O confronto ajuda a pessoa a enxergar-se a si mesmo e por isso o ajuda a crescer.
- As pessoas que não querem mudar necessitam mais confrontos; ou mudam ou vão embora.
- O confronto serve para dar-nos conta de que temos uma imagem.
- O confronto é uma das coisas mais importantes da casa. Devo confrontar constantemente, levar os meus amigos e os coordenadores aos grupos (dinâmicos) para ajudá-los a crescer.

2.2.5.4 Grupos de avaliação

Desta modalidade de intervenção falam especialmente Maxwell Jones (1972) e Rodrigué (1965), explicando como os membros da CT, residentes e equipes de trabalho, podem reunir-se para definir as diretrizes que nortearão o grupo como um todo por um período determinado, assim como aquilo que será a base de trabalho da CT como um todo integral.

Reuniões diárias de várias comissões ou conselhos, encarregados cada um de articular diferentes interesses do grupo e da CT, devem acontecer a fim de que o grupo possa se tornar uma unidade auto-reguladora, que defina tanto os seus interesses quanto as formas de chegar a eles.

Jones (1972) explica que a função destes conselhos pode ser variável, dependendo da instituição em que se aconteçam, mas em linhas gerais, como também afirma Rodrigué (1965), servem inicialmente para definir o manejo de detalhes práticos da vida diária, como as atividades de lazer, preparativos para limpeza, festas e outros, relacionar as tarefas da casa por subgrupos, e muitas outras atividades de caráter doméstico que contribuem para o residente se tornar cada vez mais responsável pelo todo do qual participa.

“Assim, a atitude passivo-dependente, característica comum dos pacientes, gradualmente dá lugar a uma participação mais ativa na vida cotidiana da seção e a uma maior identificação com o trabalho da equipe” (JONES, 1972, p. 94).

Para De Leon (2008) o objetivo principal destes grupos seria proporcionar para a população da CT um fórum para exposição pessoal, livre e espontânea, com a possibilidade de expressar-se emocionalmente em relação ao lugar de convivência, e sem o perigo de provocar o caos social, ou outros danos pessoais.

Os autores destacam que alguns destes grupos deveriam acontecer com a presença de membros das equipes de trabalho, mas outros grupos independentes, constituídos apenas de residentes, também são benéficos para a evolução do programa de recuperação. Seria nestes grupos que, muito provavelmente, os residentes poderiam discutir questões que, de outra forma, com a presença dos membros da equipe, não viriam à tona.

Rodrigué (1965) mostra como vários grupos diferentes podem fazer parte da complexa dinâmica da CT, citando alguns dos existentes na CT estudada por ele, chamados de “Comitês”, sendo estes: Comitê Central, Comitê de Estudos, Comitê de Problemas Sociais, Comitê de Trabalho, Comitê de Atividades. Todos estes são presididos por residentes.

O chamado Comitê Central seria um grupo que avaliaria o funcionamento de todos os outros, sendo composto de forma mista (residentes e equipe).

Haveria também uma Assembléia, que seria uma reunião geral que aconteceria periodicamente, na qual haveria participação do grupo completo, ou seja, de todos os residentes e de todas as equipes de trabalho presentes na CT.

Desta forma se buscaria democratizar ao máximo a vivência e o funcionamento da CT, embora este Comitê deva ser presidido sempre por um membro do corpo dirigente.

A ideia central desta prática – a democratização do sistema – é realmente surpreendente, mas existe o perigo de acontecer, como efeito colateral, a excessiva burocratização do sistema, que o tornaria extremamente lento e inoperante⁴⁸.

Enfim, é extremamente importante criar um ambiente participativo dentro da CT, mas deve ser preservada sempre a operacionalidade do trabalho, a solução prática dos problemas cotidianos, e o potencial terapêutico de cada atividade proposta dentro do cronograma, a fim de que a estadia na CT seja efetivamente terapêutica.

⁴⁸ Rodrigué (1965) cita um exemplo dentro da CT estudada, na qual existia um ditado que dizia que em Riggs não se podia ter uma ideia, que logo em seguida era criado um Comitê para esse fim.

2.2.5.5 Grupos terapêuticos

Da contradição do mundo interno surge um conflito a nível de mundo interno que vai, obviamente, se exteriorizar no relacionamento desse indivíduo com o mundo exterior. [...] O foco gerador desse conflito e, portanto, desse tipo de angústia está no mundo interno, por mais que esteja projetado ou exteriorizado no mundo exterior (DIAS, 1987, p. 65).

O que pode ser visto com este comentário é que dificilmente poderão ser trabalhados adequadamente os conteúdos internos, individuais, sem que sejam também abordados os conteúdos de ordem exterior, ou seja, grupais.

O residente na CT está inserido num grupo, e como já foi visto este grupo repete, em grande medida, os padrões e dinâmicas que este está habituado a viver fora da CT. Por isso se faz tão importante o trabalho grupal neste contexto.

Para De Leon (2008), assim como para Rodrigué (1965), as ferramentas grupais são projetadas e utilizadas para penetrar as barreiras defensivas do residente, diminuir a negação, aumentar a consciência e, principalmente, estimular a expressão de sentimentos num ambiente protegido, o que pode fazer com que o residente se envolva ainda mais no seu processo de recuperação pessoal, uma vez que se sinta parte integrante de um todo maior.

Como disse Dias (1987) as condições mínimas para que o indivíduo se sinta seguro dentro de um grupo, e possa amadurecer no mesmo, seriam a aceitação, a proteção e a continência. E estas condições podem ser encontradas justamente no seio do grupo terapêutico.

Haveria duas classes principais de estratégias de processo grupal dentro da CT, segundo De Leon (2008), sendo estas: *ferramentas provocativas* e *ferramentas evocativas*. As primeiras teriam menos suporte e mais confronto, desafiando o residente a reagir ou responder, e as segundas se caracterizariam por ter mais suporte e facilitação, incentivando o residente a reagir.

Todas as ferramentas deste processo devem ser empregadas com aquilo que é denominado de “atenção responsável” (DE LEON, 2008, p. 296), ou seja, a atenção voltada ao bem-estar da outra pessoa, à expectativa de que cada membro do grupo possa responder positivamente aos apelos que o grupo, como uma instância superior e generalizada, faça no intuito de direcionar os comportamentos rumo à verdadeira recuperação.

O autor propõe uma tabela ao respeito, que será resumida a seguir:

Tabela 4 - As ferramentas do processo de grupo (De Leon)

Tipo de ferramenta	Ferramenta	Características
Provocativas	<i>Hostilidade ou irritação</i>	<p>Visam ampliar a consciência do indivíduo em relação ao impacto que o seu comportamento provoca nos outros.</p> <p>Usadas também para promover a expressão dos sentimentos em indivíduos que perderam a conexão com os mesmos.</p>
	<i>Exagero</i>	<p>Visam ampliar a consciência do indivíduo em relação ao impacto que o seu comportamento provoca em si mesmo e nos outros.</p> <p>Usa-se um exagero dos comportamentos do indivíduo, geralmente com humor.</p> <p>Serve também para quebrar as negações em relação a determinados comportamentos e atitudes.</p>
	<i>Humor ou ridículo</i>	<p>Gozações, sarcasmo, paradoxos e imitações cômicas, para penetrar negações e desmontar imagens falsas e máscaras.</p> <p>O humor facilita a aceitação das próprias fraquezas.</p>
Evocativas	<i>Identificação</i>	<p>Compreensão da dor do outro com base numa experiência semelhante.</p> <p>Serve para eliminar as diferenças de posição social e estágio de recuperação.</p> <p>Diminui a sensação de isolamento e sentimento de não-pertença ao grupo, o que promove a exposição de sentimentos.</p>

(cont.)

(cont.)

**Evocativas
(cont.)***Compaixão*

Gesto de compreensão emocional, simpatia, tristeza pelo sofrimento do outro.

Empatia

Capacidade de se colocar no lugar do outro e compreender a sua dor, sem ter vivenciado, necessariamente, a mesma experiência.
Encoraja a mudança de comportamento e atitude perante o grupo.

Afirmção

Palavras e gestos que oferecem sinais de apoio, aprovação e incentivo.
Reconhece que o indivíduo está empenhado na mudança de comportamento.

Projeção

Usar os próprios pensamentos e sentimentos como base para observar os do outro.
Ajuda quem a utiliza a se auto-confrontar.

**Provocativo-
evocativas***Fofoca*

Falar do outro como se não estivesse presente.
Usado com humor como *feedback* para o indivíduo, sem a emoção própria do confronto direto.

(cont.)

(cont.)

Provocativo- evocativas (cont.)	<i>Tacada indireta</i>	<p>Confronto indireto e ameno para evitar ou enfraquecer a resistência causada pelo confronto direto.</p> <p>O confrontador fala com um indivíduo cujo problema é semelhante ao de um terceiro, o verdadeiro alvo da “tacada”.</p> <p>Em determinado momento, quando sente que a resistência está baixa, o confrontador se volta para o alvo e dirige a ele a atenção.</p>
	<i>Conectores</i>	<p>Referências indiretas, advertências ou críticas brandas ao grupo em geral, para conscientizar e reduzir as defesas.</p>

(DE LEON, 2008)

Obviamente estas são apenas ilustrações do que pode ser feito, e não necessariamente os únicos modelos válidos de intervenção grupal. O bom senso, e a já referida “atenção responsável”, devem ser os guias internos que orientem o terapeuta que dirija estes encontros rumo à modalidade acertada de intervenção em cada momento.

O que não pode ser esquecido em momento nenhum é que, uma vez dentro da CT, o residente se encontra numa dinâmica de grupo de tempo integral, já que a cada momento ele está sendo observado, avaliado, analisado, aceitado ou rejeitado pelos outros membros do grupo e das equipes de trabalho, o que significa que uma intervenção grupal nada mais é – e nada menos – do que uma reconstituição direcionada daquilo que acontece diariamente com o residente dentro da CT.

2.2.5.6 Psicoterapia individual

Especialmente no Brasil, são muito poucas as CTs que oferecem este tipo de atendimento, mas mesmo assim se faz relevante especificar que forma de abordagem pode ser utilizada neste contexto, já que, como quase sarcasticamente afirma Rodrigué (1965, p. 37, tradução nossa), “os princípios válidos dentro do consultório, ao pé do divã, não servem para as outras 23 horas de uma instituição”.

Por este motivo é extremamente importante a definição do foco neste processo psicoterápico individual, tentando fazer aquilo que Hegenberg (2010) orienta, isto é, deixar de reagir ao comportamento do paciente, para começar a compreendê-lo em suas reais necessidades.

Fiorini (2004) também ressalta o fato de que ao longo do processo terapêutico, o foco pode sofrer modificações, embora também seja possível que o processo como um todo gire em torno de uma única situação focal, e que o avanço do processo signifique apenas o enriquecimento e aprofundamento do modelo.

O estabelecimento deste foco de trabalho, para Hegenberg (2010, p. 169), deve estar ligado à crise, e “deve auxiliar o paciente a entender o que se passa e facilitar seu *insight*, possibilitando ao paciente uma reflexão sobre si mesmo, resultando em melhor compreensão a respeito do seu problema atual”.

Guimarães et al. (2009) diz que a DQa é um sintoma dentro de um grupo familiar, e que o comportamento do DQ dentro da família possui uma função específica, e acaba sendo também algo que o DQ faz do lado de fora, porque não consegue expressar claramente o que acontece do lado de dentro.

Talvez seja por isso que Hegenberg (2010, p. 60) entenda que “não é a recordação⁴⁹ que cura o paciente, mas sim, a vivência de uma nova experiência emocional de forma que corrija a antiga vivência traumática”.

Uma vez definida a questão de foco, é importante considerar como esta abordagem funcionaria dentro de um todo tão complexo como uma CT, e as definições de Fiorini (2004) sobre as implicações teóricas e técnicas deste modelo, respondem muito satisfatoriamente as perguntas que possam ser formuladas, e foram resumidas na tabela a seguir.

Tabela 5 - Implicações teóricas e técnicas do modelo de foco (Fiorini)

Teorias e técnicas	Foco
<i>Relações lineares</i>	Ao compreender-se que a pressão se exerce sobre uma estrutura altamente complexa, não se podem esperar relações lineares nem proporcionais entre influências e efeitos.
(cont.)	

⁴⁹ Isto é uma crítica à proposta da psicanálise, segundo a qual aconteceria a “cura pela fala”, ou seja, “tornar consciente o inconsciente” (EIZIRIK; HAUCK, 2008, p. 152).

(cont.)

<i>Recursos técnicos</i>	Se a situação se organiza segundo um modelo altamente estruturado, se torna imprescindível a tentativa de fazer convergir uma pluralidade de recursos técnicos.
<i>Estímulos corretivos</i>	Dada a complexidade das relações, é compreensível que não se possa abordá-las com uma mera concentração de estímulos corretivos, mas sim com base num planejamento estratégico que selecione as vias de abordagem e suas consequências.
<i>Diagnósticos</i>	Existe uma real necessidade de trabalhar com o enfoque psicológico-psicopatológico, com diagnósticos coerentes e integrados numa concepção totalizadora da experiência humana.

(FIORINI, 2004)

Para concluir, Fiorini (2004) enumera sete efeitos desejados da psicoterapia no indivíduo que tenha efetivamente se comprometido com o seu processo terapêutico, sendo estas:

- a) modificações no nível dos *sintomas*, supressão ou alívio destes últimos;
- b) variações correlatas no emprego do *repertório defensivo*, possibilitando que as defesas mais primitivas (dissociação, negação, identificação projetiva) cedam lugar a outras de maior valor adaptativo;
- c) maior ajustamento e gratificação nas *relações interpessoais*;
- d) *autoestima* mais realista, maior compreensão das próprias dificuldades e possibilidades;
- e) mudanças no comportamento dos *outros* próximos;

- f) maior eficiência em outras tarefas adaptativas, produtividade, criatividade, recreação e planejamento, que pressupõem um exercício de aptidões, que possibilitam o desenvolvimento de um *horizonte prospectivo*;
- g) ampliação da *consciência* de si mesmo.

2.2.5.7 Atividades religiosas

De Leon (2008, p. 23) afirma que “há uma aceitação tácita de um elemento espiritual na recuperação” dentro da CT, como já foi visto acima.

O Padre Haroldo (RAHM, 1996, p. 55), ao explicar a sua metodologia de tratamento, afirma veementemente: “usamos a Bíblia como base para nosso programa de reabilitação porque acreditamos que o alcoolismo e as drogas, assim como todas as outras fraquezas humanas, são também um problema espiritual”.

Isto remete ao começo desta pesquisa, quando foram estudadas as origens das CTs, onde pode-se perceber como o elemento religioso-espiritual esteve presente desde as origens dos primeiros e rudimentares modelos de comunidades.

É claro que, no caso do Padre Haroldo, é descrito um modelo religioso específico, mas podem haver outras formas de religiosidade-espiritualidade no ambiente da CT, existindo tanto CTs de denominações religiosas específicas, quanto ecumênicas, mesmo que estas últimas sejam produto de uma nova geração de CTs no Brasil, e por isso ainda não possuam um número tão significativo.

Cabe lembrar que existem algumas críticas em relação aos modelos religiosos de tratamento em CT, como as de Israel-Pinto (2011) já citadas anteriormente, que defendem a posição de que modelos excessivamente religiosos podem comprometer a abordagem de cunho científico.

É claro que nenhum dos extremos é saudável em nenhuma situação, portanto o excesso de foco na religiosidade, assim como o absoluto ceticismo em relação a ela, podem se tornar entraves no processo terapêutico, assim como na formação da estrutura ideológica da CT, e também no seu funcionamento prático e, até mesmo, legal.

Um exemplo disso foi o acirrado debate acontecido no ano passado, em relação à liberação de verbas públicas para as CTs. Como pode ser visto no Jornal do Senado Federal (SENADO..., 2011), a secretária nacional de Políticas sobre Drogas, Paulina Duarte, recusou

o convênio com muitas CTs que se negaram a aceder a alguns requisitos exigidos. Em suas próprias palavras, a secretária se manifestou da seguinte forma:

Não posso financiar, com recursos públicos, uma instituição católica que receba para tratar um evangélico e o obriga a assistir a uma missa. Para essas comunidades, a nossa sugestão é de que seja seguida a metodologia, mas que se dê ao interno o direito de escolha. (SENADO..., 2011).

Alguns diretores de CTs⁵⁰ se negaram a atender este pedido, alegando que isso descaracterizaria o modelo de trabalho, preferindo perder o convênio à mudar a estrutura que se considera de base. O argumento de um destes diretores foi o seguinte:

a ideia não é converter quem quer que seja. Não ensinamos religião. Ensinamos respeito, amor, responsabilidade. Mas é preciso que o interno esteja com o grupo, que participe. Não podemos deixá-lo sozinho, ainda que ele queira. (SENADO..., 2011).

Este argumento apela à disciplina como fundamento do modelo terapêutico, e não à religião, mas mesmo assim um debate desta categoria, por si mesmo, parece ser algo contundentemente desprovido de espiritualidade, que seria a finalidade última de qualquer uma das religiões que possam ser adotadas nas CTs do Brasil e do mundo.

Talvez seja por isto que, muito sabiamente, os AA preferiram denominar-se uma instituição não religiosa (AA, 1955), mas mesmo assim promulgar a ideia de um “Poder Superior” na sua impecável filosofia de recuperação, mundialmente conhecida: os 12 Passos⁵¹.

2.2.5.8 Anjos ou mentores

O paciente que chega a Riggs, seja sozinho ou acompanhado, tem a sua primeira tomada de contato por meio de um mentor⁵². O mentor é um paciente “veterano” cuja função é a de orientar ao recém-chegado durante os 2 ou 3 primeiros dias. O mentor, além disso, é membro do subgrupo ao qual o novo paciente será designado. (RODRIGUÉ, 1965, p. 98).

Assim como este autor, De Leon (2008) também é favorável à ideia de que um residente com determinado tempo de tratamento e, portanto, com uma experiência acumulada no seu próprio processo de recuperação, estaria apto a colaborar com a inserção de um novo residente.

A capacidade de empatia daquele que se encontrou praticamente na mesma situação do que este que agora chega ao tratamento pode ser, muito provavelmente, maior em vários sentidos. Ao mesmo tempo, a confiança – algo difícil de ser conquistado no DQ – em alguém

⁵⁰ Que se optou por não citar neste trabalho.

⁵¹ Ver Anexo A.

⁵² Chamado de “anjo” em muitas CTs do Brasil.

que passou pelas mesmas dificuldades que se apresentam no momento, e, de certa forma, conseguiu vencê-las, pode fluir de forma muito mais natural, e mais rápida, também⁵³.

Embora aqui não se esteja abordando a teoria do desenvolvimento humano, cabe realizar uma comparação entre a base da ideia dos “anjos” ou mentores, e aquilo que Vygotsky (apud ZANELLA, 1994) chamou de “zona de desenvolvimento proximal” (ZDP).

O conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) foi desenvolvido por Vygotsky observando a relação entre crianças de diferentes idades, mas a autora ressalta que o conceito não precisa ser utilizado apenas para o público infantil, considerando que entre os adultos ocorreria um fenômeno semelhante.

A interação de companheiros tem sido abordada com menor ênfase na literatura contemporânea, ainda que se observe, aqui também, uma certa semelhança ao observado na interação adulto/criança: o pressuposto de que o companheiro mais experiente influencia, com seu ponto de vista, o menos experiente, levando-o a apropriar-se de conhecimentos de que antes não dispunha. (ZANELLA, 1994).

E este seria, justamente, o papel do “anjo” ou mentor dentro da CT: influenciar positivamente aquele que acaba de chegar, sem conhecimento tanto sobre o processo quanto sobre si mesmo.

Fino (2001) disse que, para Vygotsky, “o desenvolvimento consiste num processo de aprendizagem do uso das ferramentas intelectuais, através da interação social com outros mais experimentados no uso dessas ferramentas”, e seriam essas ferramentas terapêuticas que o “anjo” ou mentor precisa transmitir, e ensinar a utilizar, para o seu “afilhado”.

Mas este papel não representaria um ganho apenas unilateral, onde o veterano transmite conhecimentos estáticos que são aprendidos pelo novato sedento. Muito pelo contrário, o veterano ganha muito – talvez mais que o novato – ao tentar transmitir aquilo que aprendeu até o momento a alguém que ainda desconhece todo esse universo em expansão.

De alguma forma “todos os processos psicológicos mais elevados aparecem em dois planos: em primeiro lugar, partilhados, no plano interpsicológico dos processos sociais; depois, intrapsicologicamente, à medida que vão sendo interiorizados pelo indivíduo” (FINO, 2001).

Por estes motivos, o movimento de ajuda dentro da CT somente traz ganhos para todas as partes, já que, como afirma o mesmo autor, ser “anjo” ou mentor dentro de uma CT é uma situação “onde o aprendiz, o instrutor e o conteúdo interagem com o problema para o qual se procura uma resolução” (FINO, 2001).

⁵³ Cabe lembrar que em muitos casos, a rapidez com que o novo residente consiga estabelecer vínculos de confiança com algumas pessoas do grupo, pode ser o diferencial entre o abandono e a permanência dentro da CT.

2.2.5.9 Atividades de esporte e lazer

Qual é o ser humano que não necessita de atividades esportivas ou de lazer?

E ainda mais se este se encontra num ambiente altamente ansiogênico, como é um ambiente de internação, mesmo que voluntária, como é a CT.

Alguns dos autores já citados (DE LEON, 2008; RODRIGUÉ, 1965; GOTI, 1990; JONES, 1972) coincidem nos relatos de atividades diversas que colaborem com a descontração do ambiente da CT, já que este é altamente estressor, considerando que o residente se encontra 24 horas por dia em tratamento, sujeito a regras, a sanções, à vistoria das equipes de trabalho, à avaliação direta e indireta destas equipes, assim como dos demais companheiros de tratamento, às expectativas da família, aos medos e incertezas em relação ao término do tratamento, e tantas outras vivências que podem colaborar com o aumento do estresse natural do tratamento.

Por este motivo são organizadas, dentro da CT, atividades de esportes variadas, com ou sem orientação profissional, assim como momentos de lazer programados ou espontâneos, seja para ouvir música, assistir TV ou filmes vários, leituras, participar de jogos, passeios e outras formas de descontração.

Em Riggs, a CT estudada por Rodrigué (1965), existia um Comitê de Atividades que se encarregava de preparar estes momentos de lazer, e contava, inclusive, com um orçamento próprio a ser utilizado ao longo de um período, destinado à compra de insumos próprios destas atividades, como filmes, livros, lanches, e preparação de festas diversas.

Goñi (2005), ao analisar a valoração dos elementos da CT⁵⁴, estuda os fatores que podem provocar estresse ou ansiedade no residente⁵⁵, assim com o ressalta a importância de alguns elementos que podem colaborar na diminuição destes, e dentre eles constam os esportes, os jogos, o tempo livre, a sesta, a música, a leitura, a TV, os vídeos e também as saídas para passeios fora da CT⁵⁶.

Outro ponto relacionado, citado pelos autores, é a questão do desenvolvimento da capacidade de utilizar proveitosamente o tempo livre, já que este sempre foi uma armadilha para o DQ. Para muitos, um momento de descontração e diversão na CT será o primeiro em muito tempo em que pode experimentar a sensação de desfrutar a vida sem necessidade de SPA.

⁵⁴ Ele estuda a CT “Proyecto Hombre”, de Pamplona, España.

⁵⁵ Ver Anexo C.

⁵⁶ Ver Anexo D.

No estudo já citado de Goñi (2005), os resultados mostram que após o tratamento 88% dos sujeitos entrevistados considerou que o uso do tempo livre tem melhorado consistentemente, sendo que as atividades de lazer⁵⁷ seriam as mais praticadas (81,9%), seguidas pelos esportes diversos (38,1%), e depois pelas atividades culturais (13,5%).

2.2.6 As sanções na CT

Todo regime que possua normas e valores específicos, como é o caso da CT, possuirá também, intrinsecamente, uma série de sanções para quem as transgride. Estas sanções podem ser formais ou informais, mas existem, com certeza.

Como afirma Goti (1990), na CT a sanção possui um caráter especial, próprio do já falado “errar em segurança”, que é o fato de que o que é sancionado, em definitiva, não é a pessoa, mas sim aquilo que ela faz, buscando com isso preservar o indivíduo, mas sem por isso deixar de valorizar aquilo que é essencial para o bom funcionamento da CT.

Algumas CTs, como a de Riggs, que Rodrigué (1965) estudou, contam com sistemas de sanções demasiadamente polarizados, já que, neste caso, não existe uma escala progressiva de sanções. O residente em falta pode ser comunicado por algum dos Comitês estabelecidos, pode ser chamado a dar explicações em relação ao seu comportamento, mas normalmente a pena não passa disso. Por outro lado, quando o caso acaba sendo mais severo, a única sanção utilizada é a expulsão do residente da CT, o que se coloca claramente no extremo oposto da postura antes citada.

Para De Leon (2008), as sanções devem fazer parte integrante do dia-a-dia da CT, já que o DQ encontra sérias dificuldades em lidar com regras e limites, e por este motivo acaba transgredindo as normas da CT de muitas maneiras.

Estas sanções poderiam ser agrupadas em *corretivos verbais* e *ações disciplinares*, de acordo com as normas que tenham sido transgredidas, e a forma de abordar essa transgressão.

Para melhor compreensão destes conceitos, serão resumidos nas tabelas a seguir.

⁵⁷ A pesquisa não especifica o que seriam, exatamente, estas atividades de lazer.

Tabela 6 - Diferentes tipos de corretivos verbais (sanções) (De Leon)

Tipo de corretivo verbal	Descrição
<i>Instruções</i>	<p>Conversas face a face com o residente a fim de avaliar os seus comportamentos e atitudes negativas ou inaceitáveis, a fim de explicar o que se espera dele dentro da CT.</p> <p>Parte-se da base de que o residente desconhece qual seria o comportamento adequado.</p>
<i>Advertências verbais</i>	<p>Lembretes que um ou mais companheiros dão a outro, referentes ao descumprimento de normas da CT.</p> <p>A diferença das <i>instruções</i>, o residente conhece a regra transgredida, e por isso estas advertências são mais corretivas que instrutivas.</p>
<i>Registros</i>	<p>São advertências escritas, usadas depois de repetidas advertências verbais sobre o mesmo assunto ou quando o comportamento de transgressão é considerado sério.</p> <p>Estes <i>registros</i> podem decorrer em consequências para o residente, que podem ser comunicadas na reunião da casa.</p>
<i>Conversas sérias</i>	<p>São corretivos verbais severos, que normalmente ocorrem depois das duas anteriores, quando o comportamento inadequado persiste e, principalmente, quando este comportamento prejudica as outras pessoas da CT.</p> <p>Se faz uma reunião com outros companheiros, na qual o residente em questão é advertido severamente, e essa ocorrência pode ser comunicada ao resto do grupo.</p>
<i>Reprimendas</i>	<p>São os mais severos corretivos verbais, sendo que estes não são realizados pelos residentes, mas sim pelos membros da equipe de trabalho, quando depois das tentativas anteriores, o comportamento inadequado ainda persiste.</p> <p>A intenção é basicamente punitiva, e pode decorrer em ações disciplinares.</p>

(DE LEON, 2008)

Tabela 7 - Diferentes tipos de ações disciplinares (sanções) por infrações menores (De Leon)

Tipo de ações disciplinares	Descrição
<i>Experiências de aprendizagem</i> ⁵⁸	Podem ser a redação de textos para elevar a consciência de um comportamento em particular; o acompanhamento integral de um companheiro mais maduro, a fim de apontar constantemente os comportamentos inadequados; ou o pedido de desculpas à CT toda.
<i>Rebaixamentos</i>	O residente é rebaixado da sua posição de trabalho, podendo passar de monitor para trabalhador avulso. Também pode ser trocado de quarto ou alojamento, para um de menor qualidade, ou no qual tenha menos privacidade.
<i>Inscrições</i> ⁵⁹	São crachás que o residente deve portar por tempo determinado, nos quais estão escritas as faltas do residente, e o que este deve fazer para mudar o comportamento. Normalmente o tema das inscrições se referem a um rótulo social (como mentiroso, ladrão ou manipulador), e junto a isso se escrevem as atitudes positivas (falar a verdade, não roubar, falar respeitosamente, não agredir os outros, etc.). Espera-se que os outros residentes leiam estes indicadores e lembrem ao companheiro aquilo que ele deve fazer.
<i>Proibições de contato verbal</i> ⁶⁰	Instruem um ou mais residentes a não falar com outro ou outros, visando interromper comunicações negativas, normalmente relacionadas à droga ou sexo. Eles podem falar com o restante da CT, o que pode estimular vínculos mais positivos.
<i>Turma dos vagabundos</i> ou <i>Turma dos faz-tudo</i>	Os residentes sancionados são escalados para realizar trabalhos de baixo <i>status</i> , como a limpeza dos banheiros, por exemplo. Também pode significar a realização de tarefas em horários de lazer ou nos finais de semana, o que prejudicaria o sono e o tempo livre.

(cont.)

⁵⁸ Em muitas CTs as sanções são chamadas de “Experiências Educativas” ou “Situações de aprendizagem”, como em Goti (1990).

⁵⁹ De Leon (2008) explica que este tipo de sanção é próprio dos primórdios das CTs, quando se utilizavam alguns recursos extremamente agressivos e constrangedores, mas que na atualidade praticamente não é mais utilizado.

⁶⁰ Em algumas CTs esta sanção é chamada de “deserto”, e muitas vezes o residente é proibido de falar com o grupo todo, podendo se comunicar apenas com a equipe de trabalho.

(cont.)

<i>Perda de privilégios</i>	<p>Corresponde à gravidade da infração e ao estágio do programa em que o residente se encontra.</p> <p>Podem ser retirados alguns ou todos os privilégios, por um tempo determinado, de acordo com os critérios citados.</p> <p>Estes privilégios podem ser atividades de lazer, esporte, contato com a família através de telefone ou cartas, designações especiais de maior grau hierárquico, permissão de manutenção de objetos pessoais, e muitos outros.</p>
-----------------------------	---

(DE LEON, 2008)

Tabela 8 - Diferentes tipos de ações disciplinares (sanções) por infrações maiores (De Leon)

Tipo de ações disciplinares	Descrição
<i>Perda de status de fase</i>	<p>O residente regride no tempo de tratamento e na fase do mesmo em que se encontra, perdendo também alguns níveis de hierarquia que possa ter obtido, assim como os privilégios que tenha acumulado.</p>
<i>Mudanças de casa</i> ⁶¹	<p>Significa a transferência do residente para outra casa ou unidade, quando o tipo das infrações sugerem que o problema pode estar relacionado com a instalação em que este se encontra.</p> <p>Esta acaba sendo mais uma forma de preservar os outros membros da casa, e pode vir acompanhada de outras ações disciplinares.</p> <p>Em muitos casos a transferência é o último recurso antes do desligamento do programa.</p>
<i>Desligamento administrativo</i>	<p>O residente pode ser expulso do programa, tanto por transgredir regras fundamentais da CT, como usar ou portar SPA e praticar sexo dentro das instalações, como também em casos em que o residente apresente comportamento que necessitem de cuidados diferenciados, como as tentativas de suicídio, ou os transtornos psiquiátricos.</p> <p>No caso dos transgressores, em algumas ocasiões o reingresso é permitido, mas depois de algum tempo predeterminado, e sempre iniciando novamente o processo.</p>

(cont.)

⁶¹ Obviamente esta ação disciplinar pode ser aplicada apenas nas CTs que possuam diversas unidades ou casas, o que não é o caso da grande parte das CTs brasileiras.

(cont.)

Proibições no nível da casa

São ações disciplinares dirigidas a todos os residentes da casa, no caso comportamentos negativos que envolvam todos os membros, ou uma boa parte deles.
 Pode representar a perda de privilégios para toda a casa, como passeios, lazer e tempo livre, por tempo determinado.
 Nestes casos aumenta a frequência das reuniões de grupo, a fim de identificar e melhorar os motivos que podem ter causado estes comportamentos.
 É uma forma de cada residente perceber como o seu comportamento afeta o grupo como um todo.

(DE LEON, 2008)

Como pode-se ver depois destas informações, os critérios e formas de aplicar as sanções dependem, basicamente, do bom-senso daqueles que se utilizem delas como ferramentas terapêuticas.

O problema em relação a estas é, justamente, a postura de autoritarismo que muitos membros da equipe de trabalho podem adotar, principalmente nos casos de CTs que estejam desprovidas de pessoal especializado. Um exemplo disto é o Relatório do CFP (2011), já citado anteriormente, no qual são descritas formas desumanas de aplicar estas supostas “ações educativas”, chegando a agredir fisicamente o residente, a deixá-lo sem alimentação, a recolhê-lo em locais insalubres, e algumas outras intervenções que nada têm de terapêutico.

Isto é um problema de auto-regulação, assim como de regulamentação básica, já que nestas supostas CTs os monitores acabam encontrando total liberdade para agir de acordo com o seu próprio arbítrio. E como disse Rodrigué (1965, p. 9, tradução nossa), “é difícil viver num campo social que está experimentando tensões internas, sem cair na tentação de recorrer a medidas autoritárias destinadas a sufocar a espontaneidade que promove o distúrbio”.

2.2.7 A equipe de trabalho

Embora já tenha sido falado sobre a equipe de trabalho, cabem mais algumas reflexões ao respeito, dada a importância que esta possui dentro do processo terapêutico na CT.

Como foi visto, existem três formações de equipes de trabalho, que seriam as de profissionais, as de “ex-adictos”, e as mistas, que conjugam as duas anteriores. Por isto, serão agora estudadas as características, prós e contras destes personagens, assim como a profunda

responsabilidade que cada um deles tem no desenvolvimento do tratamento do residente, assim como no processo da CT como um todo.

Em relação aos DQs que atuam como monitores nas CTs, é importante ressaltar, como afirma Goti (1990), que não todo “ex-adicto”⁶² está apto a trabalhar dentro de uma CT, mesmo que tenha concluído um tratamento na mesma. Como em qualquer cargo, e principalmente nos cargos que dizem respeito aos cuidados para com outro ser humano em estado de sofrimento, é muito importante definir um perfil básico daquele que pretende realizar este trabalho.

Ao mesmo tempo, afirma De Leon (2008), é muito importante também a formação destes monitores, já que somente a experiência pessoal não é critério suficiente para possibilitar uma intervenção terapêutica efetiva, que não venha a contribuir para o desenvolvimento de posteriores efeitos iatrogênicos.

Para Tavares (2007), iatrogenia seria o resultado negativo da prática médica, e afirma que todo profissional é passível de cometer erros iatrogênicos, mesmo com um grande preparo e com recursos adequados. Ele explica que a incidência das iatrogenias não depende, necessariamente, apenas de um possível despreparo do profissional, mas principalmente da relação que se estabeleça com o paciente.

Num primeiro momento, a posição é desnivelada desde um início, já que um é o cuidador do outro, o que também favorece a idealização da figura do profissional, como também afirma Rodrigué (1965, p. 6, tradução nossa),

existia também uma forte tendência a idealizar a competência do terapeuta em particular, e da instituição em geral. Por exemplo, o fato de que o hospital contasse com um plano de atividades inadequado, pelo reduzido, era racionalizado como parte da estratégia terapêutica.

Retomando o conceito de Tavares (2007), duas das principais características das relações terapêuticas passíveis de iatrogenia seriam a ausência e o excesso de envolvimento afetivo, o que dificultaria, no caso do primeiro, a escuta atenta das queixas e reais necessidades do paciente, e no segundo, o envolvimento seria excessivo, e facilitaria a instalação de vínculos transferenciais e contratransferenciais.

Seria neste último modelo que muitas das agressões poderiam acontecer, já que a contratransferência, neste caso, não supõe necessariamente cuidado, podendo sim significar rivalidade, raiva, e tantos outros sentimentos potencialmente perigosos numa relação de ajuda.

⁶² Embora o termo “ex-adicto” represente um contrasenso, já que a DQa essencialmente não tem cura, se manteve o termo por ter sido o que a autora utilizou.

E se, então, um profissional com o devido preparo acadêmico pode, por causa de uma deficiência no estabelecimento da sua relação de ajuda, provocar efeitos indesejados no seu paciente, o que seria daquele que não possui preparo algum para desenvolver a sua função?

No Brasil existem alguns órgãos reguladores e formadores, como já foi visto. Para as CTs, o principal órgão formador é a FEBRACT, que oferece o conhecido “Curso de Capacitação para Profissionais, Coordenadores e Monitores de Comunidades Terapêuticas” (FEBRACT, 2012).

Isto não significa que o DQ em recuperação não seja uma peça fundamental no processo, muito pelo contrário, ele representa o apoio que o novo membro da “família” necessita quando chega, já que um DQ em recuperação terá muito mais facilidade em confiar em outro DQ, do que em qualquer profissional. Mas isto não significa, como explica Goti (1990, p. 39), que esta ajuda possa ser realizada de forma improvisada e sem a supervisão devida.

Os profissionais da Saúde também representam um contingente precioso na formação da equipe de trabalho da CT, mesmo que estes não convivam com os residentes da mesma forma que o fazem os monitores DQs. Médicos, Psicólogos, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, fazem parte da equipe de muitas CTs que oferecem cuidados diferenciados para os seus residentes.

Aquilo que foi dito para os monitores DQs vale também para os profissionais, já que efeitos iatrogênicos podem ser provocados também por estes, se não conseguirem, como disse Tavares (2007), criar um vínculo satisfatório, neste caso tanto com o seu paciente como com a CT como um todo vivo e dinâmico.

Outra experiência que demonstra este fenômeno é aquilo que Rodrigué (1965, p. 8) chamou de “Efeito Stanton e Schwartz”⁶³, que mostra como o tipo de tensões e dificuldades que o grupo apresenta tem, em muitas ocasiões, o mesmo conteúdo intrínseco que as tensões internas que esteja experimentando a equipe de trabalho, e como, uma vez resolvidas estas tensões dentro da equipe, o grupo se desenvolve mais espontaneamente.

Isto significa que uma equipe em constantes tensões internas produzirá – iatrogenicamente – um grupo em constante tensão, com grande dificuldade de desenvolvimento.

O mesmo ocorre numa família: com pais em conflito constante, os filhos padecem. E se já foi feita acima a comparação de CT com uma grande família, Goti (1990) mostra que os monitores DQs assumem dentro da CT papéis parentais facilmente identificáveis. Desta forma

⁶³ Em homenagem aos médicos que detectaram o fenômeno.

eles seriam os pais, e os residentes seriam os filhos, irmãos entre si. Uma grande responsabilidade, com certeza.

Desta forma se buscou, através destas informações, deixar em evidência a importância e responsabilidade que o papel do membro da equipe tem em relação ao funcionamento da CT, e a subsequente constituição daquele “clima terapêutico” que Maxwell Jones tanto prezava. Por isso, o investimento das CTs na formação e no treinamento da sua equipe é um dos passos fundamentais em direção a uma consistente melhora na qualidade dos seus serviços e, conseqüentemente, nos resultados positivos dos mesmos.

2.3 O abandono do tratamento na CT

A questão do abandono dentro do tratamento na CT é uma problemática não suficientemente abordada na literatura científica, principalmente no que diz respeito à literatura nacional, na qual praticamente nada foi encontrado ao respeito, tendo sido utilizados, para esta seção, dados internacionais, principalmente espanhóis, referentes ao trabalho do “*Proyecto Hombre*”⁶⁴.

O abandono por si mesmo já se configura como um assunto relegado da observação empírica, considerando que pode resultar difícil observar e avaliar o possível fracasso do trabalho. Talvez por este motivo a maioria dos autores tenha tentado focar, de forma inevitavelmente enviesada, apenas os sucessos atingidos nas suas práticas terapêuticas, em detrimento da riquíssima experiência que pode ser extraída dos fracassos e insucessos.

2.3.1 O abandono do tratamento: características

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).

⁶⁴ Esta CT teria sido, segundo Goñi (2005) e Goti (1990), o primeiro modelo de CT a chegar à Europa, tendo sido iniciada primeiramente na Itália, com o nome de *Proyecto Uomo*.

Esta postura de seriedade e, principalmente, de não desfocalização do problema para fora do contexto institucional, é justamente um dos principais fatores que motiva esta pesquisa.

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

Estudos espanhóis e norte-europeus (RAVNDAL; VAGLUM; LAURITZEN, 2005) mostram que apenas entre 20% e 40% dos DQs completam o tratamento como indicado, indiferentemente de serem “debutantes” ou “veteranos”⁶⁵.

Já Goñi (2008), no seu estudo na CT “Proyecto Hombre”, de Navarra, España, afirma que o índice de abandono oscila entre 60 a 80% dos pacientes atendidos, considerando que os pacientes jovens, do sexo masculino, têm maior probabilidade de abandonar o tratamento.

Segundo esta pesquisa, 32,8% dos desistentes voltou a procurar o programa de tratamento e reingressou na CT, completando desta vez o período proposto pela instituição.

Também afirma que este abandono tem maior probabilidade de acontecer nos três primeiros meses do tratamento, e Dominguez-Martín (2008), no seu estudo num CAD⁶⁶ em Madrid, España⁶⁷, observou que mais de 41% dos casos abandonaram o tratamento antes de completar o terceiro mês.

Cortés (2001), num estudo espanhol realizado com alcoólicos, também afirma que a maior parte das desistências ocorreu até o terceiro mês de tratamento, assim como Sánchez-Hervás et al. (2010), em sua amostra de adictos de cocaína.

Considerando estes dados, surge então a questão fundamental desta pesquisa: por que acontece o abandono durante o tratamento da DQa na CT? E ainda: o que acontece no período compreendido entre o segundo e o terceiro mês de tratamento, que parece favorecer esta incidência?

Domínguez-Martín (2008) afirma 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 autodecidida”, sendo que isto aconteceria com uma incidência de mais de 40% entre o segundo e terceiro mês de tratamento.

⁶⁵ “Debutantes” seriam aqueles que se encontram em tratamento pela primeira vez, e “veteranos” os reincidentes.

⁶⁶ O equivalente espanhol aos CAPS-AD brasileiros.

⁶⁷ É importante considerar que a realidade espanhola é diferente da brasileira, principalmente porque grande parte dos atendimentos em DQa se referem a heroínômanos, sendo que o consumo da heroína no Brasil não é significativo, e o quadro da dependência desta difere em muito dos quadros de DQa por outras drogas.

Ele cita alguns comentários dos seus pacientes neste sentido, como, por exemplo: “já tinha muito tempo sem consumir drogas”, ou “as drogas já não são um problema para mim há bastante tempo”.

Uma das principais características desta sintomatologia é que o paciente desconsidera absolutamente a opinião dos profissionais que o atenderam até o momento, passando a guiar-se unicamente por aquilo que experiencia interiormente como melhora sintomatológica.

Goñi (2008), numa outra forma de pesquisa, chega a resultados semelhantes. Segundo ele, quase 50% dos abandonos aconteceriam porque o paciente considera que já tinha atingido os seus objetivos terapêuticos, e que a droga já não seria um problema em sua vida⁶⁸.

No único estudo brasileiro localizado, Surjan; Pillon; Laranjeira (2012, grifo nosso) afirmam que “as principais razões apontadas para a não-aderência ao tratamento foram motivos práticos, *excesso de otimismo em si mesmo* e atitude negativa em relação ao tratamento”.

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

Os autores espanhóis citados fazem uma crítica ao sistema de pesquisa utilizado até o momento, na escassa bibliografia ao respeito do abandono do tratamento na CT, dizendo que raramente se pergunta ao próprio paciente os motivos que o levaram a desistir do mesmo, e afirmam que eles levaram adiante suas pesquisas considerando justamente a opinião dos próprios pacientes.

2.3.2 O abandono do tratamento: consequências

Em relação ao aproveitamento final do tratamento nos casos de abandono, ou seja, a manutenção da abstinência de SPA após o mesmo, pode-se afirmar, embora não de forma definitiva, que quem conclui o tratamento possui mais chances de se manter em abstinência do que aqueles que o abandonaram.

Muitos autores (SURJAN; PILLON; LARANJEIRA, 2012; NIDA, 2010; DE LEON, 2008; FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006; GOÑI, 2005; NIDA, 2003; SIMPSON; JOE; BROOME, 2002; GOTI, 1990; JONES, 1972; RODRIGUÉ, 1965) afirmam que a não conclu-

⁶⁸ Este seria o segundo maior motivo de desistência relatado pelos pacientes entrevistados. O primeiro seria a inadequação com o programa e, principalmente, com as regras e limites impostos pelo mesmo.

são do período total de tratamento é um dos fatores predisponentes para uma possível recaída pós abandono, o que significaria a recidiva de muitos dos sintomas prevalentes no começo do tratamento.

No estudo realizado por Goñi (2005)⁶⁹ são descritos estes indicadores. Segundo ele, mais de 75% daqueles que concluíram o tratamento apresentaram uma evolução positiva pós alta, enquanto que apenas 27% daqueles que abandonaram apresentaram o mesmo resultado⁷⁰.

Goñi (2008) observou também que a “valorização global do programa de tratamento”⁷¹ é significativamente superior entre aqueles que concluem o tratamento, do que entre aqueles que o abandonam, o que sugeriria que os primeiros teriam maiores condições internas de levar adiante os avanços obtidos ao longo do mesmo, como mostram os dados recém citados.

O levantamento realizado pelo NIDA (2011) conclui também que aqueles que completavam exitosamente o tratamento dentro de uma CT tinham níveis mais baixos de consumo de SPA, assim como de comportamento criminal, desemprego e indicadores de depressão.

Este estudo do NIDA se refere muito mais ao que é chamado comumente de “redução de danos” do que à recuperação propriamente dita, mas o dado relevante para esta pesquisa é que, independentemente do foco específico, a conclusão do tratamento é fator determinante para o sucesso do indivíduo em todas as áreas.

Isto também deve ser considerado neste estudo já que, a diferença de outros, o NIDA considera, assim como Goñi (2005), fatores referentes à qualidade de vida do sujeito (comportamento criminal, desemprego e depressão) para caracterizar o estado pós-tratamento do paciente, e não somente a abstinência das SPA.

2.3.3 A motivação para permanecer em tratamento

Para De Leon (2008) a questão da motivação interna e da capacidade de manter o compromisso é fator determinante do sucesso na recuperação. A maior parte dos DQs buscariam um tratamento por um conjunto de pressões externas e internas que servem como motivadores apenas no início do processo. O que motivaria o DQ a continuar em tratamento por

⁶⁹ Tese de Doutorado.

⁷⁰ Neste estudo, evolução positiva não significa necessariamente abstinência absoluta, mas também redução do uso (uso controlado), diminuição dos problemas com justiça (prisões, detenções, etc.), melhora da vinculação com a família, reintegração ao mercado de trabalho, e outros indicadores de qualidade de vida.

⁷¹ Que pode ser encontrado em Goñi (2005), no Anexo 5: *Cuestionario de valoración de elementos de la CT*.

tempo mais prolongado seria justamente a sua capacidade de compromisso pessoal com a sua própria recuperação, assim como com o programa oferecido pela CT.

Segundo ele, o DQ em CT estaria preparado realmente para assumir a sua recuperação quando “desiste de, ou rejeita, todas as outras opções de mudança que não a residência de longo prazo no programa” (DE LEON, 2008, p. 75).

É claro que esta afirmação se mostra um tanto enviesada a manter o paciente em tratamento por mais tempo, mas isto parte do conhecimento de que o DQ tem como característica a tendência a não concluir nada que inicia, nunca mantém o seu compromisso até o final, e por isso, justamente, 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).

Por outro lado ele também afirma que, mesmo nos que continuam em tratamento, podem ser encontrados vários graus de compromisso. Enquanto alguns permanecerão no programa de tratamento apenas para não desistir dele, 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.

“A capacidade de assumir e cumprir compromissos é uma meta vital do processo de mudança” (DE LEON, 2008, p. 75). Por este motivo, mais uma vez pode-se perceber como o abandono do tratamento é o primeiro passo do retrocesso no processo de recuperação iniciado no momento da internação.

2.3.4 Recuperação em 90 dias

Mesmo tendo considerado a importância da conclusão do período do tratamento, como forma de garantir minimamente uma qualidade de vida satisfatória, assim como a abstinência ou o uso controlado de SPA, a afirmação não é absolutamente exclusiva para o caso das desistências.

Como afirma NIDA (2003, tradução nossa), “o fato de ter completado o tratamento esteve fortemente vinculado à melhores resultados”, mas isto não significa que estes melhores resultados ocorram unicamente neste caso, o que não descarta definitivamente a possibilidade de melhorar a qualidade de vida mesmo havendo desistido do programa de tratamento.

Para todos os efeitos, diversos autores (NIDA, 2011; NIDA, 2010; GARCÍA-FERNÁNDEZ et al., 2010; TORRES et al., 2005; NIDA, 2003; SIMPSON; JOE; BROOME,

2002) descrevem a experiência de terem obtido resultados favoráveis em tratamentos⁷² de pelo menos 90 dias, o que descarta a hipótese de que apenas tratamentos de longa duração possam trazer resultados positivos duradouros.

2.3.5 *Recuperação natural*

Este controverso fenômeno do universo da recuperação da DQa foi estudado amplamente por vários autores, já que deixa em evidência as inconsistências de algumas das principais crenças dos modelos biomédicos tradicionais de tratamento.

Para Fernández-Hermida et al. (2007), a diferenciação entre o modelo biomédico e o biopsicossocial poderia ser representada pela tabela a seguir:

Tabela 9 - Principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo Biopsicossocial da DQa

Modelo Biomédico	Modelo Biopsicossocial
Não há recuperação sem tratamento.	Pode haver recuperação sem tratamento.
Não existe cura, a doença é incurável, e por isso as recaídas são normais, e sinais da evolução crônica do transtorno.	As recaídas são resultado da interação de diversos fatores, mas não significam, necessariamente, vulnerabilidade biológica subjacente.
Não existe possibilidade de uso controlado.	O objetivo do tratamento pode ser o uso controlado.

(FERNÁNDEZ-HERMIDA et al., 2007)

A través destes dados pode-se observar uma visão diametralmente oposta entre estes dois modelos, sendo que o primeiro colocaria a SPA como centro do problema, e o segundo o indivíduo como agente principal do processo.

Assim, através deste segundo modelo, surge o conceito de “recuperação natural”, estudado por diversos autores (CARBALLO et al., 2008; FERNÁNDEZ-HERMIDA et al., 2007; CARBALLO et al., 2007), que representaria a possibilidade do DQ recuperar-se sem

⁷² Neste caso, não se diferencia o modelo de tratamento, podendo ser este de forma residencial ou ambulatorial, em hospitais, clínicas ou CTs, ou até mesmo acompanhamento psicológico individual ou grupal.

necessidade de tratamento. Mas este conceito precisa ser compreendido adequadamente, a fim de não desqualificar as mais variadas modalidades de tratamentos existentes.

Num primeiro momento, “a recuperação natural é a via preferente de saída das adicções entre os que abandonam ou reduzem o consumo do álcool e outras substâncias” (CARBALLO et al., 2007), e significaria a melhoria do quadro de DQa sem necessidade de nenhuma forma de tratamento.

Os autores referidos definem três critérios básicos para considerar a melhora do DQ como “recuperação natural”: o transtorno adictivo, o tratamento e a recuperação.

2.3.5.1 Transtorno adictivo

Para os autores acima citados a caracterização da DQa como transtorno é extremamente importante para poder definir o perfil do DQ que consegue a “recuperação natural”, já que estes afirmam que esta acontece mais provavelmente em sujeitos com adicções menos graves.

Esta característica fez com que muitos afirmassem que aqueles que conseguem a “recuperação natural” não seriam DQs de fato, ou seja, não teriam desenvolvido a DQa com todas as suas implicações.

Segundo estes, aqueles que recorreriam a tratamentos para diminuir ou parar com o consumo de SPA apresentariam, além de maior grau de adicção, uma maior incidência de comorbidades, assim como um maior número de consequências negativas decorrentes da doença, a nível familiar, social, laboral, legal, etc.

Na pesquisa de Carballo (2008) são fornecidos dados referentes à comparação entre duas populações: uma de indivíduos em “recuperação natural”, e outra de DQs em tratamento. Uma das formas de avaliação foi a média de critérios de dependência do DSM-IV em que estes se encaixavam. A diferença é notável, sendo que para aqueles em “recuperação natural” a média foi de apenas 2 critérios, enquanto que para os DQs em tratamento foi de 5⁷³.

A porcentagem de comorbidades seria também um fator diferenciador do público alvo, já que nesta pesquisa apenas 6% dos primeiros tiveram anteriores tratamentos por problemas psiquiátricos, enquanto que nos segundos o índice foi de 37,5%.

⁷³ Um valor 150% superior.

Outro critério foi a porcentagem de participantes que declararam ter sofrido pressão externa para a mudança, sendo de 43% para os primeiros, e 81% para os segundos⁷⁴.

Por outro lado, Carballo (2007) afirma que 75% dos estudos realizados neste tema se referem apenas a alcoólicos, sendo os dependentes de outras SPA (legais ou ilegais), representados apenas por 25% das pesquisas.

Analisando estes dados, seria razoável inferir que a população das CTs não se encaixa em grande parte destes critérios, o que significaria, portanto, que muito provavelmente um indivíduo com características apropriadas para a “recuperação natural” dificilmente procuraria tratamento numa CT.

A fim de definir mais claramente o perfil da população atendida na CT estudada, esta pesquisa propõe aplicar um método mundialmente reconhecido de avaliação do grau da severidade da dependência: a Escala de Gravidade de Dependência⁷⁵.

2.3.5.2 Tratamento

Os autores definem que, para que a recuperação seja considerada “natural”, não deve existir nenhuma modalidade de tratamento ou recurso terapêutico intermediando a mudança do comportamento adictivo.

Para Carballo (2007, tradução nossa):

o tratamento compreende distintos tipos de recursos ou serviços terapêuticos dirigidos à mudança das condutas adictivas, tais como AA ou outros grupos de auto-ajuda; tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, recursos relacionados com serviços sociais; hospital psiquiátrico; conselho do médico ou enfermeira; hospital ou urgências e centros de desintoxicação⁷⁶.

Desta forma, o público que poderia ser incluído nestas condições fica ainda mais reduzido, o que diminui a possibilidade de caracterizar a população da CT como passível de “recuperação natural”, principalmente se forem considerados os dados do NIDA (2011), segundo os quais 60% da população da CT já teria passado por outros tratamentos prévios.

⁷⁴ É evidente que o grau de pressão externa sofrida pelo DQ é proporcional aos danos causados pela sua dependência, o que significa que aqueles que apresentaram menos índice de pressão apresentaram, consequentemente, menos consequências significativas em suas vidas.

⁷⁵ Segundo Kessler; Pechansky (2006), o ASI (*Addiction Severity Index*) foi desenvolvido em 1979 por A. Thomas McLellan e seus colegas do *Center for Studies os Addiction*, em Filadélfia, USA, e adaptado para o Brasil por aqueles.

⁷⁶ Obviamente as CTs também caberiam nesta definição.

2.3.5.3 Recuperação

Este é, talvez, o mais controverso critério relacionado à “recuperação natural”, já que, como visto anteriormente, os modelos biomédicos tradicionais consideram como “recuperação” apenas a abstinência absoluta, enquanto que, estes estudos consideram o “consumo não perigoso” (FERNÁNDEZ-HERMIDA, 2007, tradução nossa) também como critério de recuperação.

Mesmo assim, o mesmo autor afirma que este critério seria aplicável apenas aos alcoólicos, já que para o tabaco e as drogas ilegais não haveria uma quantidade de consumo considerado como “não perigoso” ou de baixo risco.

Na pesquisa de Carballo (2008) a diferença da abstinência total e o consumo de baixo risco entre a população da “recuperação natural” e a do tratamento é extremamente significativa. Nos casos de sucesso da modificação dos comportamentos adictivos, a primeira apresentou 50% de casos em abstinência absoluta, enquanto que a segunda apresentou quase 94% dos casos.

É claro que a proposta inicial da CT é a abstinência absoluta, mas considerando as informações acima, se existir algum indivíduo que se enquadre nos critérios mínimos da “recuperação natural”, talvez seja possível, sim, que o mesmo possa fazer um uso controlado, de baixo risco, após o tratamento, sem que isto signifique, contudo, uma recaída, passível de ser contabilizada dentro dos insucessos da proposta terapêutica.

3. METODOLOGIA

Num primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos científicos nacionais e internacionais, através de indexadores e bases de dados *on line*, como o Google Acadêmico, Scielo, Lilacs, Redalyc, Pepsic, Dialnet, DeCS, PsycINFO, Latindex, Psycodoc, Clase, EBSCO e Scopus, assim como acervo particular de livros, revistas e artigos referentes ao tema.

Chamou à atenção a pouca produção bibliográfica nacional ao respeito, principalmente no que se refere ao abandono do tratamento na CT, sobre o qual não foi achada nenhuma publicação, sendo que foram localizados apenas trabalhos espanhóis sobre o assunto.

Também foram utilizadas informações extraídas de sites institucionais, com a finalidade de ilustrar mais profundamente alguns dos conteúdos a serem elaborados.

Foram estudadas duas CTs do interior do Estado de SP (APCM e CTNJ)⁷⁷, que atendem DQs do sexo masculino, com idades entre 18 a 65 anos, em regime de internação voluntária por um período de nove (9) meses, num modelo psicossocial de atendimento.

Acessando os documentos oficiais das duas CTs referentes ao modelo básico da proposta de tratamento (Regimento Interno, Plano de Ação), foi descrito detalhadamente o modelo proposto, podendo compreender melhor o contexto em que as observações aconteceram.

A seguir foram estudadas as populações destas duas CTs realizando uma pesquisa documental, acessando e tabulando quantitativamente os dados dos registros pertinentes, a fim de analisar o perfil sociodemográfico dos usuários destas CTs, assim como os índices de abandono e conclusão do tratamento, e o momento mais prevalente em que o abandono acontece.

Na APCM foi acessado o Banco de Dados da CT⁷⁸, no qual constam informações básicas sobre os usuários atendidos de 1996⁷⁹ até 2010, contendo este desde alguns dados de identificação pessoal (nome, idade, cidade de origem, documentos, tipo de dependência) as-

⁷⁷ Das outras duas CTs (FMCF e CDC) não se tem dados registrados, portanto não foram consideradas nesta pesquisa.

⁷⁸ A autorização do uso deste Banco de Dados se encontra no Anexo E.

⁷⁹ A APCM foi fundada em 1995, um ano antes do início da coleta de dados, sendo que o volume de atendimentos nesse ano, assim como a “metodologia” utilizada, não são expressivos e, por isso, não oferecem margem de erro ou diferenciação pela sua ausência nesta pesquisa.

sim como dados referentes ao andamento do processo terapêutico (data de ingresso, data de graduação/desistência/exclusão e estado de recuperação em que se encontra⁸⁰).

Cabe ressaltar que a APCM não possui um método específico de acompanhamento destes resultados, baseando-se apenas nos relatos informais dos residentes, assim como nos dos seus familiares.

Na CTNJ⁸¹ foram acessados os mesmos tipos de dados, no respectivo Banco de Dados⁸². Neste caso é importante mencionar que o Banco de Dados da CTNJ é consideravelmente mais completo que o anterior, oferecendo maiores informações tanto em relação aos dados sociodemográficos (escolaridade, estado civil, profissão, religião, pais separados, DQs na família, internações anteriores, processos judiciais, penas de prisão, uso de medicação psicoativa), quanto ao desenvolvimento do tratamento do paciente, incluindo nos seus arquivos dados como *data de recaída* (nos casos em que esta acontece), com o qual pode ser estudado o tempo médio de abstinência após o término ou o abandono do tratamento; *retorno das visitas e recaída na visita*, com o que pode também ser quantificado o número de desistências e recaídas durante as visitas de ressocialização.

Desta forma, através destes bancos de dados, foram levantadas algumas hipóteses quanto ao perfil sociodemográfico do usuário destas CTs, assim como dos índices de aproveitamento e abandono nas mesmas.

Com os dados obtidos do banco de dados da CTNJ puderam ser levantadas hipóteses ao respeito das consequências do abandono do tratamento, já que chegou-se à porcentagem de abandonos que são seguidos de recaídas. Também pode ser estudado se o tempo de permanência no tratamento modifica, ou não, estes resultados.

Também é importante ressaltar que a CTNJ apresenta uma metodologia mais estruturada de acompanhamento dos seus pacientes, oferecendo um programa de estágio para alunos de Psicologia⁸³ que disponibilizam atendimentos mensais ou quinzenais para os mesmos, tanto durante como após o término do tratamento.

A observação que deu origem a esta pesquisa foi de base qualitativa, já que não se dispunha de nenhum dispositivo que registrasse empiricamente os dados, salvo o Banco de Dados acima citado, que apenas registrava as variações de ingressos, desistências e graduações, mas nunca os fatores que motivavam cada um destes.

⁸⁰ Neste caso, o estado de recuperação significa se o paciente está “de pé” (em abstinência de álcool/drogas), “recaído” (fazendo uso de álcool/drogas), ou se não se possuem informações ao respeito.

⁸¹ Como já foi dito, a CTNJ foi fundada pelo autor desta pesquisa, juntamente com sua equipe de trabalho.

⁸² A autorização do uso deste Banco de Dados se encontra no Anexo F.

⁸³ Elaborado e coordenado pelo autor desta pesquisa.

Por este motivo, a base desta pesquisa foi de abordagem qualitativa, embora os dados registrados foram apresentados em formato quantitativo, com a finalidade de exemplificar e tipificar a realidade estudada.

A base qualitativa se fez presente na elaboração de hipóteses de trabalho, através das quais pode ser sugerida a síndrome que dá nome a esta pesquisa, e sobre a qual foram sugeridas as diferentes propostas de intervenção.

4. UM MODELO DE TRATAMENTO

Depois de ter analisado e estudado o contexto de surgimento das CTs no Brasil e no mundo, depois de ter percorrido a sua trajetória ao longo da história, e conhecido os modelos gerais de trabalho que tipificam esta forma de tratamento, será descrito agora um modelo específico de tratamento em CT, a fim de exemplificar mais objetivamente o que tem se falado até o momento, e foi escolhido para isso o modelo da CTNJ⁸⁴.

Para poder descrever mais fielmente o modelo proposto, foram consultados dois documentos desta CT: o Regimento Interno e o Plano de Ação, ambos descritores das finalidades estatutárias, dos objetivos principais, das atividades diárias e do programa de recuperação.

4.1 Finalidades estatutárias e critérios de admissão

“A CTNJ é uma entidade que atende DQs do álcool e das drogas, do sexo masculino, entre 18 e 60 anos de idade, em regime de internação voluntária, por um tempo mínimo de nove (9) meses, o que configura o regime de *Proteção Social Especial de alta complexidade*⁸⁵” (CTNJ, 2011, p. 1).

No Regimento Interno (CTNJ, 2010) é acrescentado que todos os candidatos devem apresentar evidências de sanidade mental para poderem ser admitidos, ou seja, não serão admitidos indivíduos com transtornos psiquiátricos, podendo sim ser admitidos indivíduos com transtornos de humor.

Ainda segundo o Regimento Interno, “os candidatos deverão se submeter a uma triagem de avaliação, consistente em, pelo menos, uma entrevista preliminar, na qual será avaliado pela coordenação o pedido de internação” (CTNJ, 2010, p. 1).

Continua descrevendo que estes deverão também realizar uma série de exames médicos antes do ingresso, a fim de avaliar o estado de saúde física, sendo estes:

- HIV
- Hemograma Completo
- Fezes
- Urina I
- Chapa Tórax

⁸⁴ Será descrito apenas o modelo da CTNJ, já que o modelo da outra CT estudada (APCM) é praticamente idêntico, mas no levantamento dos resultados serão considerados também alguns dados da APCM, como efeito comparativo.

⁸⁵ Se refere às modalidades de atendimento residencial, onde a moradia no local da intervenção é prevista.

- Exame dentário

No dia da internação o candidato deverá levar consigo todos os itens constantes no Enxoval Básico⁸⁶ recebido na Entrevista, e deverá assinar o Regulamento Interno⁸⁷ e o Termo de Compromisso⁸⁸ juntamente com os seus familiares.

4.2 Objetivos do tratamento

Segundo ambos os documentos citados (CTNJ, 2010; CTNJ, 2011), o objetivo principal do tratamento seria estacionar o ciclo da DQa, recuperar o indivíduo moral, física, social e espiritualmente, assim como também preparar a família do DQ para recebê-lo eficientemente ao concluir o tratamento.

Como consta nestes documentos, o tratamento tem uma duração mínima de nove meses, indistintamente, em todos os casos, sendo que dentro desse período existem três etapas com objetivos específicos em cada uma delas, sendo estas:

- a) 1ª etapa - 1º ao 3º mês: *Adaptação e Desintoxicação*;
- b) 2ª etapa - 3º ao 6º mês: *Conscientização*;
- c) 3ª etapa - 6º ao 9º mês: *Ressocialização*.

A primeira etapa começa ao ingressar na comunidade e se estende até o terceiro mês de tratamento, sendo os primeiros objetivos a serem atingidos: adaptação ao grupo e às normas da comunidade, desintoxicação física (inicial) das SPA, assim como também uma desintoxicação emocional dos danos psicológicos e sociais causados pela DQa.

A segunda etapa se inicia no terceiro mês e se estende até o sexto, e é nela que acontece o principal objetivo do tratamento, que é a evolução afetivo-emocional, assim como a aquisição de um maior grau de maturidade pelo DQ. Através da conscientização da doença, dos defeitos de caráter, da derrota total perante a doença e, conseqüentemente, da necessidade de mudança, o dependente consegue reconstruir a sua vida.

Nos três últimos meses o dependente vivencia a terceira etapa, a Ressocialização, que consiste no retorno progressivo à sociedade. Durante estes três meses finais o dependente rea-

⁸⁶ Ver Anexo G.

⁸⁷ Ver Anexo H.

⁸⁸ Ver Anexo I.

liza uma visita mensal de uma semana à família (ou outros) para poder testar a evolução do tratamento, assim como a maturidade adquirida durante os meses anteriores. Esta etapa também é importante para a família, que também tem se preparando para este momento ao longo do tratamento. Para aqueles que concluem o tratamento são realizadas reuniões semanais de apoio, nas quais se efetua a manutenção dos ensinamentos e das mudanças adquiridas durante o mesmo.

A CTNJ (2010) afirma que estes objetivos são atingidos mediante uma metodologia própria, com base nas diretrizes da FEBRACT, seguindo o Código de Ética para Coordenadores e Residentes, elaborado pela mesma Federação.

4.3 Atividades propostas

Como pode ser visto nos documentos já citados (CTNJ, 2011; CTNJ, 2010), assim como no site da entidade (CTNJ, 2012b), a CTNJ oferece uma série de atividades, com a finalidade de propiciar o desenvolvimento dos objetivos acima descritos para cada etapa do mesmo. A tabela a seguir descreve algumas destas:

Tabela 10 - Atividades desenvolvidas na CTNJ

Atividade	Descrição
<i>Reunião de 12 Passos</i>	Os 12 Passos de AA representam uma das ferramentas mais sólidas e profundas dentro da recuperação de DQs. Do estudo destas reuniões são realizadas avaliações escritas mensais.
<i>Reunião de estudos da Apostila sobre DQa</i>	Nestas reuniões são estudados assuntos de Psicologia, DQa, Prevenção à Recaída, Espiritualidade e Processo Terapêutico na CT. Destas reuniões também são realizadas avaliações escritas mensais.
<i>Confronto</i>	Serve como termômetro do grupo, para medir as relações interpessoais. Consiste em falar para o outro, cara a cara, o que se pensa e sente ao seu respeito, o que se está observando no seu comportamento, através de um Guia de Avaliação fornecido pela CT, e o confrontado não pode responder às exposições durante a reunião. Os monitores acompanham estas reuniões, e por intermédio das mesmas avaliam o residente assim como o grupo como um todo.

(cont.)

(cont.)

Reunião de Metas

Esta reunião consiste no estabelecimento, para cada residente, de objetivos concretos de mudança de comportamento num prazo determinado. Obviamente se trata de pequenas mudanças no dia-a-dia. Estas metas são estabelecidas também pelos próprios residentes, com a supervisão da coordenação.

Oficina Audiovisual

Uma ferramenta terapêutica de interação e mobilização grupal, na qual são debatidos assuntos elencados pelo próprio grupo a partir de um filme assistido previamente.

Reunião de Sentimento

Esta pode ser uma das mais profundas e significativas na vida de um residente da comunidade. É similar ao Confronto, só que nela cada um expressa sentimentos e observações a respeito de si mesmo, e não de outra pessoa, obtendo um parecer dos outros membros do grupo.

Estudo Bíblico

O Estudo Bíblico consiste no debate sobre uma passagem Bíblica escolhida por um residente predeterminado. Os comentários não são obrigatórios, salvo para quem escolhe a passagem. Nesta reunião são debatidos assuntos de interesse geral, normalmente referentes ao dia-a-dia em recuperação, já que a Espiritualidade é uma das bases mais sólidas para o tratamento.

Espiritualidade⁸⁹

A espiritualidade é uma das instâncias mais mobilizadoras e terapêuticas de todo o processo, e por este motivo as orações variadas e os momentos religiosos com grupos diversos, constituem um dos momentos mais significativos durante o dia-a-dia da CT.

Laborterapia

O trabalho faz parte das atividades do cronograma da CT, tanto pelos fatores terapêuticos envolvidos no mesmo, quanto pela necessidade de manutenção das instalações. Esta oferece condições de trabalhar questões referentes à responsabilidade, trabalho em equipe, tolerância à frustração, determinação e capacidade de aprendizagem, assim como a melhora na autoestima, que acontece quando o residente pode sentir-se novamente produtivo e inserido num grupo, com funções e atribuições específicas. O trabalho pode ser: cozinha, padaria, limpeza da casa, construção, granja, manutenção das instalações, etc.

(cont.)

⁸⁹ A CTNJ é uma CT Ecumênica, ou seja, grupos religiosos de diversas denominações participam diretamente das atividades religiosas.

(cont.)

***Reuniões de
Avaliação Grupal***

São reuniões em que a equipe, juntamente com o grupo de residentes, avaliam a CT como um todo, desde os próprios residentes, a equipe, as atividades internas e externas, os regulamentos, e tudo o que diz respeito à vida na CT. Os residentes podem dar sugestões e opiniões sobre o andamento da CT, a fim de propiciar mudanças que melhorem a convivência e a eficiência do tratamento.

***Reunião de
Mais-velhos***

Esta reunião tem como finalidade propiciar que os residentes com mais de 4 meses de tratamento⁹⁰ realizem uma avaliação semanal da vida na CT. Eles se reúnem, sem a presença dos membros da equipe, para discutir alguns assuntos específicos, que constam no *Guia de Reunião de Mais-velhos*⁹¹.

***Cursos
profissionalizantes***

Trabalho realizado em parceria com o Sindicato Rural de Avaré, através do qual os residentes se beneficiam com cursos profissionalizantes mensais, ministrados por professores do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) em diversas áreas aplicadas.

Nivelamento Escolar

Trabalho realizado em parceria com a Diretoria Regional de Ensino, através do qual os residentes podem dar continuidade aos estudos curriculares de Ensino Fundamental e Ensino Médio, assim como a Alfabetização, graças à participação de uma equipe de professores voluntários.

***Atendimento
Psicológico***

Trabalho realizado em parceria com a Faculdade Sudoeste Paulista de Avaré-SP, através do qual os residentes recebem atendimento individual e grupal de uma equipe de estagiários de Psicologia, cursando pelo menos o 5º Termo, orientados por um Professor responsável.

***Atendimento
Fisioterápico***

Trabalho realizado em parceria com a Faculdade Sudoeste Paulista de Avaré-SP, através do qual os residentes recebem atendimento individual e grupal de uma equipe de estagiários de Fisioterapia, orientados pelo Coordenador do Curso.

(cont.)

⁹⁰ Chamados na CT como “Mais-velhos”.

⁹¹ Ver Anexo J.

(cont.)

<i>Aulas de Ioga</i>	Realizadas uma vez por semana, por uma professora voluntária, visa colaborar com o equilíbrio físico e emocional do residente, a fim de que este consiga harmonizar-se consigo mesmo e com o grupo, antes de iniciar as atividades diárias.
<i>Terapia Artística</i>	Desenvolvida por um grupo de voluntários, através da arte (pintura, desenho, escultura) os residentes canalizam suas emoções repressadas e integram elementos dissonantes, assim como desenvolvem a sua autoestima e novas aptidões.
<i>Esporte e Lazer</i>	As atividades de esporte e lazer são fundamentais para a boa convivência do grupo, no clima de tensão que representa a vida na CT. Futebol, musculação, caminhadas, TV, jogos, pescaria, e momentos de descontração variados (guiados e não guiados) fazem parte do dia-a-dia, e ensinam para o residente que é possível divertir-se sem necessidade do álcool e das drogas.
<i>Visitas dos familiares</i>	Os familiares podem (e devem) visitar os seus parentes em tratamento de forma mensalmente organizada, de acordo com o <i>Regulamento do dia de vista para familiares</i> ⁹² . Estas visitas têm como finalidade propiciar a reintegração do DQ no seu meio familiar, assim como estabelecer um contato mais íntimo com os familiares do mesmo, a fim de orientá-los e receber deles informações indispensáveis para o bom transcurso do processo terapêutico.
<i>Visitas de ressocialização</i>	Por visita compreende-se aqui a saída mensal de uma semana, que acontece a partir do sexto mês de tratamento, quando se dá o início da terceira e última etapa de tratamento: a Ressocialização. Ao retornar das mesmas o residente, juntamente com o seu <i>padrinho</i> ⁹³ , deve responder o <i>Relatório de Avaliação de Visita</i> ⁹⁴ , a fim de fazer a avaliação juntamente ao seu monitor responsável.

(CTNJ, 2012b; CTNJ, 2011; CTNJ, 2010)

Todas estas atividades se encontram organizadas dentro de um Cronograma Diário de Atividades, que segundo o Regimento Interno (CTNJ, 2010) seria o seguinte:

⁹² Ver Anexo K.

⁹³ O *padrinho* é um membro do grupo, escolhido pelo próprio residente, para ajudá-lo em diversas atividades do cronograma, assim como para compartilhar mais intimamente as vivências do dia-a-dia na CT.

⁹⁴ Ver Anexo L.

Tabela 11 - Cronograma Diário de Atividades da CTNJ

Dia	Período	Atividade
2ª Feira	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Laborterapia
	<i>Tarde</i>	Reunião de estudo da Apostila sobre DQa Terço
	<i>Noite</i>	4º e 5º Passo – Grupo 2 (3 a 6 meses de tratamento) Mensalmente Oficina Audiovisual
3ª Feira	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Laborterapia
	<i>Tarde</i>	12 Passos <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1 (0 a 3 meses) – 1º, 2º e 3º Passo • Grupo 3 (3 a 9 meses) – 6º a 12º Passo Estudo Doutrina Espírita – não obrigatório
	<i>Noite</i>	Culto Congregação Cristã Nivelamento Escolar
4ª Feira	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Laborterapia
	<i>Tarde</i>	Reunião de estudo da Apostila sobre DQa Aplicação de Relatório de Visita
	<i>Noite</i>	Estudo Igreja Presbiteriana

(cont.)

(cont.)

5ª Feira	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Laborterapia
	<i>Tarde</i>	12 Passos (igual 3ª Feira)
	<i>Noite</i>	Reunião Igreja Nacional
6ª Feira	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Laborterapia
	<i>Tarde</i>	Confronto Aplicação de Relatório de Visita
	<i>Noite</i>	Reunião Espírita
Sábado	<i>Manhã</i>	Reflexão matinal – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Mutirão de limpeza da casa e da área central
	<i>Tarde</i>	Reunião de Mais-velhos Momento de oração
Domingo	<i>Manhã</i>	Reflexão matinal – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Nivelamento Escolar Laborterapia
	<i>Tarde</i>	Momento de oração

(CTNJ, 2010)

4.4 Monitoramento e Avaliação

Segundo o Plano de Ação (CTNJ, 2011), o sistema de monitoramento e avaliação do trabalho ainda se encontra em desenvolvimento, dado o curto tempo de existência do projeto⁹⁵.

Atualmente o monitoramento interno das atividades é realizado pela Equipe de Trabalho, que acompanha todas as atividades descritas no cronograma acima.

Já o programa de avaliação de resultados, segundo o mesmo documento, está sendo organizado através da parceria com o Curso de Psicologia da Faculdade Sudoeste Paulista, e será realizado por estagiários que realizarão o acompanhamento periódico dos residentes que concluíam o tratamento, a fim de observar o nível de aproveitamento e de recidiva apresentado pelos mesmos.

No momento a CTNJ realiza um trabalho de avaliação dos resultados que é realizado também pela equipe interna, que contata periodicamente os residentes e os familiares a fim de verificar o estado em que se encontram, mantendo um registro pessoal de cada um destes contatos.

Desta forma, a CTNJ procura a excelência no atendimento ao DQ que busca uma recuperação integral e uma reinserção social satisfatória e eficiente, visando, para isto, agregar ao seu trabalho pessoas, instituições, grupos e movimentos que enriqueçam cada uma das atividades desenvolvidas pela mesma.

4.5 Perfil dos atendidos

Nesta seção, a fim de ilustrar mais profundamente a população atendida numa CT, serão utilizados os Bancos de Dados das duas CTs estudadas (APCM, 2010; CTNJ, 2012a) e, desta forma, serão comparados e comentados alguns dos dados sociodemográficos da população atendida, assim como as variações dos ingressos, conclusões e abandonos.

Cabe lembrar aqui que o Banco de Dados da CTNJ é muito mais completo que o da APCM, o que significa que nem todos os dados poderão ser comparados, tendo que se limitar, em vários casos, aos dados apenas da CTNJ.

⁹⁵ A CTNJ foi fundada em 24 de abril de 2010, o que representa apenas dois anos de atividade.

4.5.1 Perfil Sociodemográfico

Num primeiro momento serão apresentados os dados sociodemográficos dos usuários das duas CTs estudadas, como idade, tipo de dependência, tempo de uso de SPA, estado civil, religião, escolaridade, profissão, antecedentes criminais, entre outros.

Nas tabelas e no gráfico seguintes podem ser visualizadas claramente as variações por idade nas duas CTs estudadas.

Tabela 12 - Residentes por idade na APCM e na CTNJ

CT	<20	20-25	26-35	36-45	>45
CTNJ	6%	23%	40%	16%	14%
APCM	15%	26%	34%	17%	9%

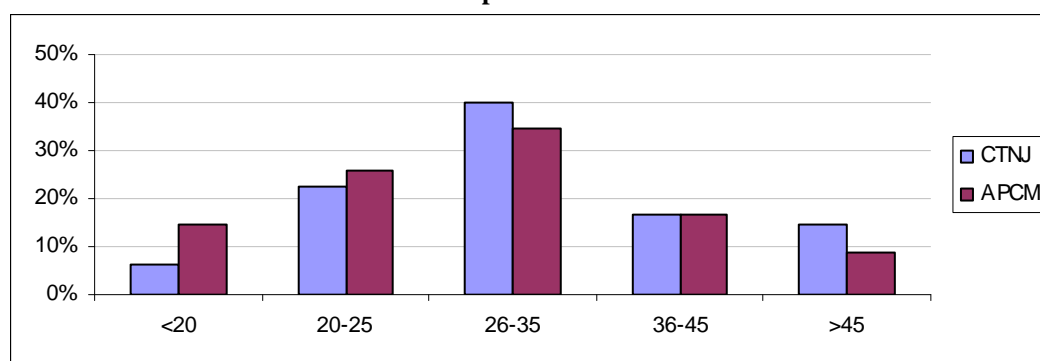
(APCM, 2010; CTNJ, 2012a)

Tabela 13 - Idade média dos residentes na APCM e na CTNJ

CT	Álcool	Cruzado
CTNJ	48,5	29,5
APCM	40,3	25,6
Aumento	17%	13%

(APCM, 2010; CTNJ, 2012a)

Gráfico 1 - Residentes por idade na APCM e na CTNJ



(APCM, 2010; CTNJ, 2012a)

Como pode ser visto no *gráfico 1*, a variação das idades apresenta uma clara Curva de Gauss, prevalecendo em ambas as CTs as idades entre 26 e 35 anos. No caso da APCM pode ser observada uma maior quantidade de residentes com idades inferiores a 20 anos, mas isto pode ser devido principalmente ao fato de que esta CT admitia menores de idade nos primei-

ros anos de funcionamento, algo que não aconteceu na CTNJ até o momento, salvo mínimas exceções.

Quanto às idades médias, encontradas na Tabela 13, é interessante observar um aumento das mesmas na CTNJ, de 17% para os alcoólicos, e de 13% para os cruzados⁹⁶. Em relação aos cruzados este aumento pode ser explicado pela mesma questão acima citada, referente às admissões de menores de idade no começo do trabalho da APCM. Quanto aos alcoólicos, este pode ser tanto um dado referente à mudança do perfil das internações por alcoolismo na região, quanto uma mudança no perfil da população alcoólica atendida por esta CT especificamente, o que pode vir a ser estudado mais detalhadamente no futuro.

Quanto ao tipo de dependência, a tabela abaixo oferece os dados comparativos.

Tabela 14 - Internações por tipo de dependência na APCM e na CTNJ

CT	Álcool	Cruzado
CTNJ	20%	80%
APCM	30%	70%

(APCM, 2010; CTNJ, 2012a)

Em ambas as CTs pode observar-se uma evidente prevalência dos casos de dependência cruzada, numa proporção equivalente. É interessante observar que na pesquisa realizada por Goñi (2005) numa CT da Espanha, são apresentados dados extremamente semelhantes, com proporções quase idênticas para o alcoolismo e a dependência de outras SPA.

Quanto ao tempo de uso por dependência, a seguinte tabela apresenta os dados referentes apenas à CTNJ, já que o Banco de Dados da APCM não possui estes dados.

Tabela 15 - Tempo de uso por dependência – CTNJ

Dependência	Média	Máxima	Mínima
Álcool	26	50	8
Cruzado	13	40	1

(CTNJ, 2012a)

Obviamente, seguindo os dados anteriores, o tempo de uso médio para os alcoólicos é superior, sendo exatamente o dobro do dos cruzados, aumentando também a máxima e a mínima para estes.

⁹⁶ Dependente cruzado é aquele que faz uso concomitante do álcool e de outras SPA. Nos Bancos de Dados estudados o tipo de dependência está dividido apenas nestas duas variáveis.

Agora serão apresentados outros dados relevantes do perfil sociodemográfico dos residentes da CTNJ, já que estes dados se encontram apenas neste Banco de Dados.

Tabela 16 - Estado Civil dos residentes da CTNJ

Estado Civil	%
Casado	11%
Solteiro	59%
Separado Divorciado	15%
Amasiado	12%
Viúvo	3%

(CTNJ, 2012a)

É interessante perceber que, mesmo a prevalência por idade sendo de 26 a 35 anos – idade socialmente apropriada para o casamento – apenas 11% dos residentes se declaram casados, e 12% amasiados, o que configura apenas um 23% da população com um compromisso de relacionamento adulto.

Na pesquisa de Goñi (2005) a porcentagem de solteiros é de 71%, e a de casados de 22%, o que configura uma população claramente semelhante, já que como é visto nessa mesma pesquisa, a idade média do atendidos é de 27 anos.

Tabela 17 - Religião dos residentes da CTNJ

Religião	%
Católico	61%
Evangélico	31%
Congregação Cristã	5%
Presbiteriano	1%
Adventista	2%
Testemunha de Jeová	1%
Outros/não definido	22%
Espírita	3%
Ateu	1%
Não definida	5%

(CTNJ, 2012a)

Em relação à denominação religiosa dos residentes cabe ressaltar a impressionante quantidade que se incluiu em algum grupo ou crença religiosa (94%), já que apenas 6% se declaram ateus ou sem crença definida, o que pode ser reflexo propriamente da cultura brasileira – altamente religiosa.

Por outro lado esta estatística levanta uma razoável dúvida quanto à eficácia das abordagens das diferentes religiões no que diz respeito à prevenção do consumo de SPA.

Tabela 18 - Grau de escolaridade dos residentes da CTNJ

Grau de Escolaridade	%
Analfabeto	2%
EF Incompleto	32%
EF Completo	15%
EM Incompleto	24%
EM Completo	23%
ES Incompleto	1%
ES Completo	3%

(CTNJ, 2012a)

Este indicador da tabela acima talvez seja mais representativo do perfil da população atendida por esta CT específica, do que do perfil do DQ na sua totalidade, já que é sabido que a DQa é uma doença que não discrimina perfil socioeconômico nem cultural.

Cabe destacar que segundo esta pesquisa, apenas 2% dos residentes declararam estar participando de alguma modalidade de estudo curricular no ato da internação.

Na pesquisa de Goñi (2005) o número de indivíduos sem estudo chega a quase 33% – extremamente superior à amostra da CTNJ – enquanto que aqueles com o equivalente ao EF completo representariam mais de 50% – também muito superior.

Tabela 19 - Principais setores de trabalho dos residentes da CTNJ

Profissão	Total
Ajudante Geral	16%
Construção civil	16%
Funcionário Público	5%

(cont.)

(cont.)

Lavrador	5%
Nenhuma	4%
Comerciante	4%
Mecânico	3%
Vendedor	3%
Outros	42%

(CTNJ, 2012a)

Esta tabela, assim como a anterior, também descreve o perfil da população atendida pela CT específica, e não o perfil do DQ de forma geral. Cabe ressaltar que nesta pesquisa, 42% dos residentes declararam estar trabalhando – formal ou informalmente – no ato da internação.

É interessante citar que na pesquisa espanhola já citada de Goñi (2005), mesmo sendo uma amostra europeia, os principais setores de trabalho conferem com os apresentados acima, estando em primeiro lugar também uma função equivalente com o aqui referido “Ajudante Geral”, sendo que o setor da Construção civil se encontra em terceiro lugar.

Isto talvez seja um indicador do público alvo da modalidade de tratamento da CT, mas uma afirmação deste tipo exige investigação mais aprofundada.

Tabela 20 - Internações anteriores em residentes da CTNJ

Quantidade	%
Total	58%
1 vez	36%
2 a 3 vezes	30%
4 a 10 vezes	28%
acima de 10 vezes	5%

(CTNJ, 2012a)

A questão das reincidências está fortemente ligada ao assunto principal deste estudo: o abandono do tratamento. Na CTNJ 58% dos residentes já estiveram internados em outras oportunidades, considerando que este dado se refere exclusivamente a internações em CT.

Vale comparar estes dados com outras pesquisas que apresentam quantidades semelhantes. Por exemplo, a pesquisa de NIDA (2011) mostra que 60% da amostra já havia passado por alguma forma de tratamento para a DQa. Goñi (2005) afirma que mais de 50% da amostra abandonou tratamentos anteriores.

Esta concordância nos dados de estudos tão diferentes quanto estes⁹⁷ podem evidenciar uma constante universal no comportamento dos DQs no que diz respeito a esta variável específica.

Tabela 21 - Outros indicadores sociodemográficos nos residentes da CTNJ

Indicador	%
Pais separados	37%
DQs na Família	76%
Uso de medicação psicoativa	30%
Esteve preso	28%
Processos Judiciais Em andamento	21%

(CTNJ, 2012a)

O primeiro indicador se refere à quantidade de residentes que declararam ter os pais separados no momento da internação, representando este o 37% dos casos. É um valor considerável, porém se se considera a representação social do DQ como advindo de lares “desestruturados”, como afirma Mota (2009), ou seja, de pais separados, considerar que 63% dos casos provém de famílias de formação tradicional (pais juntos), ou “estruturadas”, o dado é substancialmente diferente daquele proposto pelo preconceito social infundado.

Em relação ao indicador de uso de SPA em familiares, a CTNJ considera este dado mesmo para familiares que não morem junto, ou que já tenham diminuído ou parado com o uso, considerando as implicações sistêmicas e contextuais retroativas do uso de SPA no grupo familiar. A incidência desta variável é extremamente elevada (76%), o que pode ser considerado como uma hipótese de fator predisponente para o consumo.

A pesquisa de Goñi (2005) revela também valores elevados desta variável, principalmente no que diz respeito ao uso de álcool, que chega quase ao 60% da população entrevistada.

É importante considerar a importância do fator generacional como mecanismo de transmissão do comportamento adictivo, já que, como foi visto, os valores desta incidência são extremamente elevados.

Pears, Capaldi e Owen (2007) estudaram a transmissão inter-geracional para abuso de substâncias e riscos de uso. Para a pesquisa, utilizaram três gerações em 21 anos de dados colhidos e descobriram que os mecanismos de transmissão para o uso de

⁹⁷ Considerando que a CTNJ refere a dados do Brasil (sudamericanos), NIDA a dados de USA (norteamericanos), e Goñi a dados espanhóis (europeus).

álcool diferem daqueles para uso de drogas ilícitas. O uso de álcool em uma geração parece estar diretamente relacionado ao uso de álcool na próxima geração, embora cuidados maternos/paternos e controle inibitório, que agem no padrão de comportamento de uso da próxima geração, não pareçam estar influenciados pelo uso de álcool por parte dos pais. Já para as drogas ilícitas, tanto um pobre controle inibitório quanto uma pobre disciplina parental representaram papel de mediação no uso entre gerações. (COSTA; VALERIO, 2008).

O valor referente ao uso de medicação psicoativa no momento do ingresso ao tratamento também revela a possível existência de comorbidades nos residentes que, se bem não necessariamente será também de 30%, pode sugerir um valor estimado.

Segundo Portugal; Corrêa; Siqueira (2010), numa pesquisa com alcoólicos, realizada pela UFES (Universidade Federal do Espírito Santo), “os transtornos do humor, como a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos de conduta, o déficit de atenção e hiperatividade, a esquizofrenia e o tabagismo são as comorbidades mais comuns associadas ao abuso de substâncias psicoativas”.

Nesta pesquisa, quase 15% dos entrevistados apresentaram comorbidades psiquiátricas, o que comparado com os dados da CTNJ sobre o consumo de psicotrópicos, representa a metade do valor, talvez sim uma possível hipótese de população com comorbidades na CTNJ.

Já uma pesquisa do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2012) afirma que comorbidades psiquiátricas em DQs estiveram presentes em 52% dos casos pesquisados, o que representa um número muito maior do exposto até agora.

Quanto às implicações legais, 28% dos residentes da CTNJ já estiveram presos, e 21% possuía processos judiciais em andamento no momento da internação. Os dados do Banco de Dados (CTNJ, 2012a) não diferenciam o tipo e o número de prisões e processos.

Segundo a pesquisa do NIDA (2011), mais de 60% das admissões teriam algum problema com o sistema judicial. Já na pesquisa de Goñi (2005), quase 20% dos entrevistados esteve em unidades prisionais antes do tratamento.

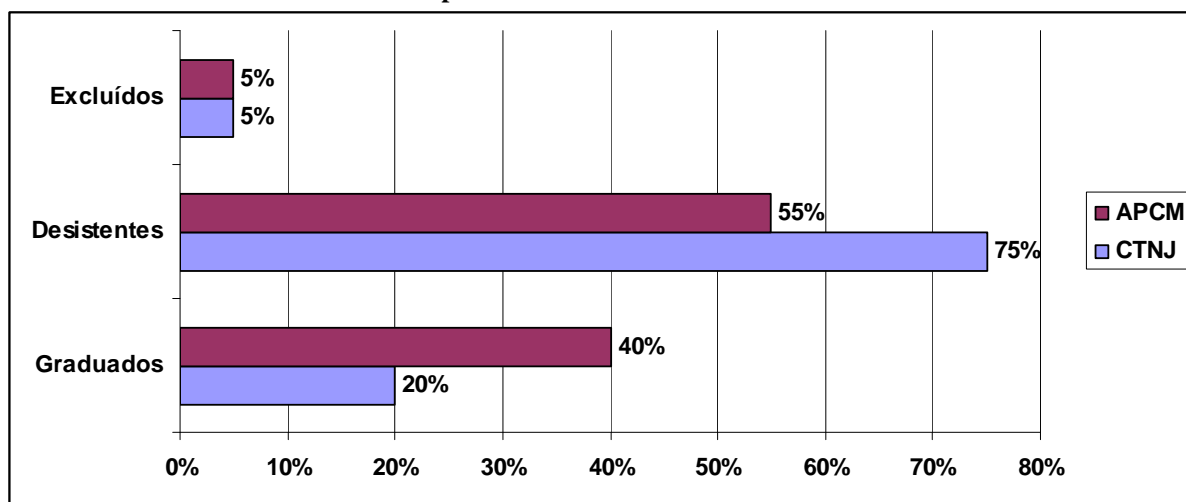
Estes índices se referem ao grau de prejuízo multifatorial acarretado pela DQa.

4.6 Resultados

Depois de caracterizar detalhadamente o perfil sociodemográfico dos atendidos tanto pela CTNJ quanto pela APCM, e também dos trabalhos dos pesquisadores citados, serão descritos agora alguns dos resultados obtidos ao longo do tempo.

Assim como foi feito no caso do ponto anterior, neste caso também serão utilizados os Bancos de Dados de ambas as CTs (APCM, 2010; CTNJ, 2012a), sendo que os dados referentes à APCM serão utilizados apenas no caso dos dados que constem nos seus registros.

Gráfico 2 - Aproveitamento final da APCM e na CTNJ



(APCM, 2010; CTNJ, 2012a)

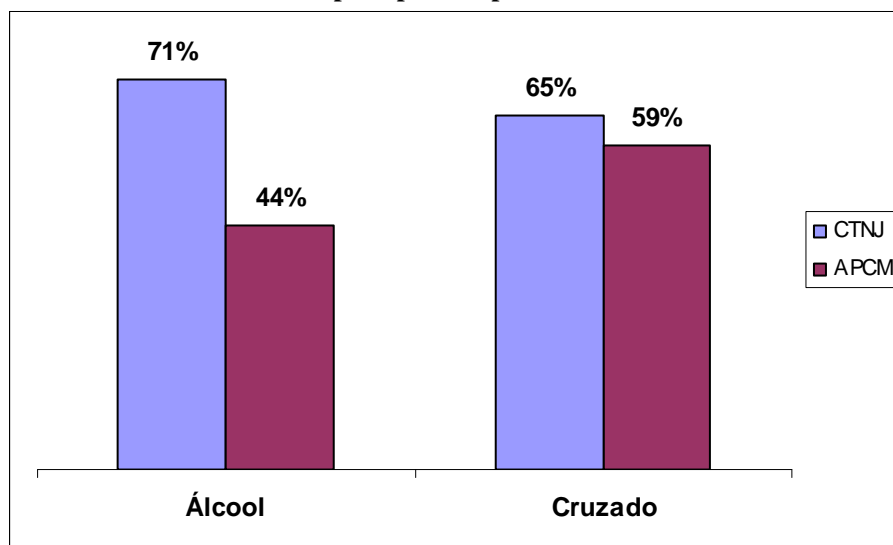
O primeiro que chama à atenção no *gráfico 2* é a notável diferença entre as duas CTs estudadas, já que a APCM possui um índice de aproveitamento de 40%, enquanto que na CTNJ o aproveitamento é exatamente a metade.

Na pesquisa de Goñi (2005) consta um aproveitamento final de 35%, contra 65% de desistências, número bastante semelhante ao da APCM.

Uma das hipóteses que podem ser levantadas em relação a esta diferença tão contundente, é o fato da APCM contar com dados de 13 anos de trabalho (1996 a 2010), enquanto que a CTNJ conta apenas com dois anos de funcionamento, o que caracteriza apenas o começo do trabalho, com todas as dificuldades e variáveis intervenientes que isso supõe.

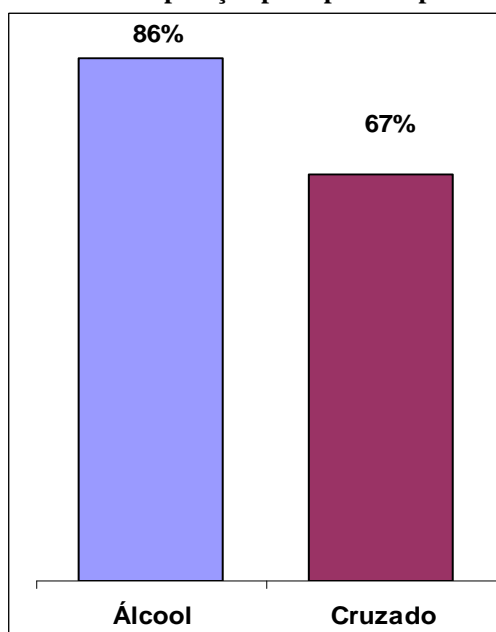
Se forem contabilizados apenas os dois primeiros anos de registro da APCM se chegaria a um resultado semelhante, tendo 70% de desistências, 3% de exclusões e 27% de graduações, número bastante semelhante ao dos dois primeiros anos da CTNJ.

O *gráfico 3* mostra uma divergência nos dados de ambas as CTs, sendo que os alcoólicos estão mais propensos a abandonar o tratamento na CTNJ, enquanto que na APCM são os cruzados os que possuem maior índice de desistência, embora a diferença entre ambos os tipos de dependência seja muito mais notória na APCM (15%) do que na CTNJ (6%).

Gráfico 3 - Desistências por tipo de dependência na APCM e na CTNJ

(APCM, 2010; CTNJ, 2012a)

Por outro lado, o *gráfico 4* mostra que os alcoólicos possuem maior índice de recuperação (permanência em abstinência de SPA após o tratamento) do que os cruzados, na CTNJ.

Gráfico 4 - Índice de recuperação por tipo de dependência na CTNJ

(CTNJ, 2012a)

Lamentavelmente o Banco de Dados da APCM não fornece dados fidedignos ao respeito do estado de recuperação dos residentes graduados, portanto não foram utilizados neste trabalho.

No *gráfico 11*, constante na próxima sessão, pode-se ver o índice de recuperação dos residentes graduados na CTNJ, no qual consta um 71% de graduados em recuperação (de pé), índice muito alentador, principalmente se for tido em conta que muitos autores (NIDA, 2011; FEBRACT, 2009; FRACASSO, 2008; SABINO; CAZENAVE, 2005; GOÑI, 2005) afirmam que este índice dificilmente ultrapassa o 35% dos casos.

Uma ressalva que pode ser feita neste sentido é que a CTNJ conta apenas com dois anos de trabalho, o que significa um seguimento de curto prazo dos residentes graduados, sendo que os mesmos autores acima citados indicam um seguimento de pelo menos 5 anos para poder confirmar efetivamente o índice de recuperação da CT.

Por este motivo se sugere que a CTNJ possa dar continuidade ao trabalho de monitoramento e avaliação de resultados, a fim de poder, mais tarde, confirmar estes dados promissores, caso ainda estejam vigentes.

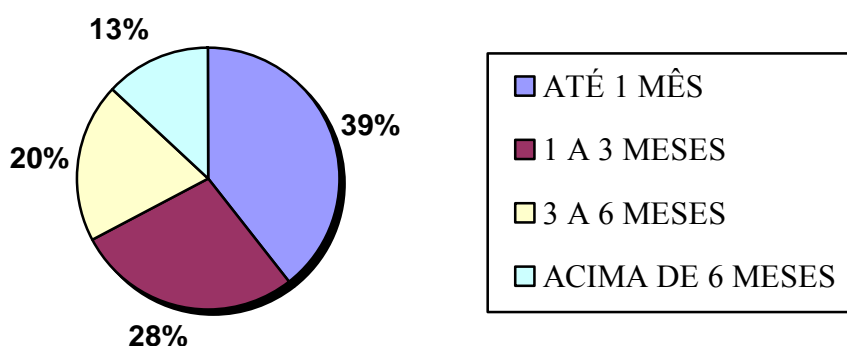
5. A “SÍNDROME DOS TRÊS MESES”

5.1 Tipificação da síndrome

Existe uma tendência generalizante dentro do meio das CTs que impulsiona a equipe de trabalho 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). Inicialmente esta tendência sugere uma forma subliminal de isentar-se da responsabilidade pelo insucesso da abordagem terapêutica com um determinado indivíduo, mas principalmente mostra a dificuldade de compreender este fenômeno.

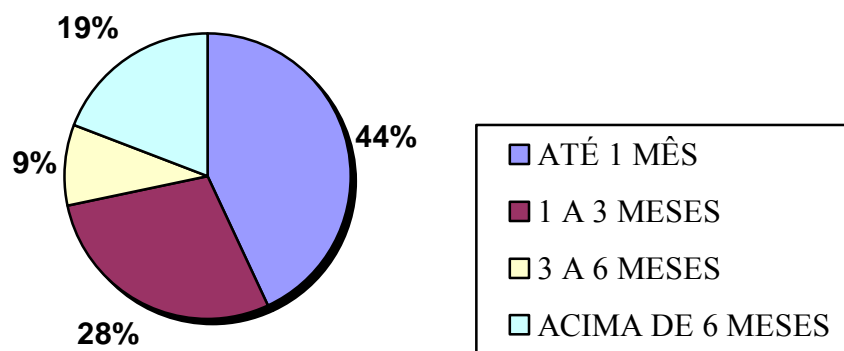
Toda tendência generalizante é fruto da ignorância, assim a ignorância das verdadeiras motivações que impulsionam uma desistência faz com que esta seja atribuída sempre aos mesmos motivos. Mas não é assim que acontece. Inegavelmente podem ocorrer desistências por causa da fissura (*craving*), como se chama no meio, 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 residente pode desistir por não se identificar com o local, por não suportar os limites impostos, por não se adequar ao trabalho, etc. Como pode-se ver nos *gráficos 5 e 6*, a maior parte das desistências ocorre neste período.

Gráfico 5 - Estatísticas de desistência por tempo de tratamento na APCM



(APCM, 2010)

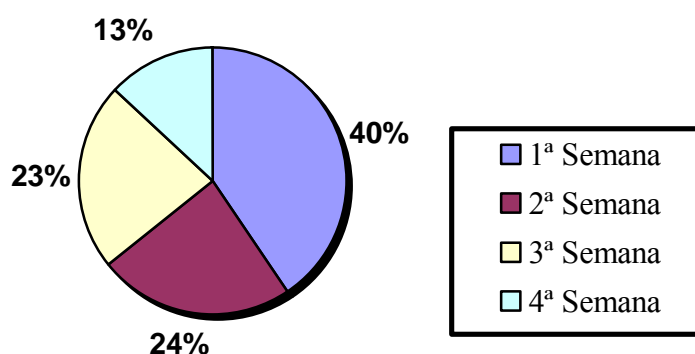
Gráfico 6 - Estatísticas de desistência por tempo de tratamento na CTNJ



(CTNJ, 2012a)

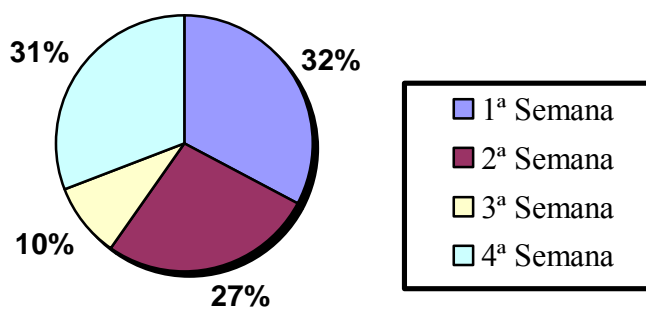
Estas desistências no primeiro mês de tratamento aconteceriam prevalentemente nas primeiras duas semanas, como pode-se observar nos *gráficos 7 e 8*, o que talvez possa ser explicado pela ausência de uma minuciosa triagem antes do momento da internação.

Gráfico 7 - Desistências por semana no 1º mês de tratamento na APCM



(APCM, 2010)

Gráfico 8 - Desistências por semana no 1º mês de tratamento na CTNJ



(CTNJ, 2012a)

Mas o foco de estudo deste trabalho é o período compreendido entre o segundo e o terceiro mês de tratamento, e que corresponde, segundo a pesquisa, a 28% do total das desistências, surpreendentemente em ambas as CTs estudadas, como pode-se conferir nos *gráficos 5 e 6*.

Tendo em consideração que, segundo estas hipóteses, todas estas desistências são motivadas, ou pelo menos assistidas, pelo mesmo conjunto de fenômenos, se adequadamente identificada logo no começo, poderiam ser evitadas muitas destas evasivas.

Basicamente o conjunto sintomatológico proposto seria o seguinte:

Tabela 22 – Nove sintomas propostos para a “Síndrome dos três meses”

Sintomas
• Sensação de bem-estar interior.
• Aprendizagem satisfatória dos conteúdos teóricos.
• Ausência de fissura (<i>craving</i>), ou vontade de usar drogas ou álcool – sensação de cura da doença.
• Bom relacionamento com o grupo, com a equipe de trabalho e com a família.
• Desenvolvimento espiritual satisfatório até o momento.
• Pensamento mágico, “tudo vai dar certo”.
• Acreditar-se diferente dos outros dependentes químicos.
• Impulso muito forte de reconstrução de vida e volta ao mercado de trabalho.
• Sensação constante de “perda de tempo”.

Considerando a proposta destes sintomas, é interessante perceber que, em sua maioria, deveriam ser positivos e, no fundo, o são de fato. Deve-se lembrar que a síndrome proposta acometeria tanto aqueles que acabam desistindo quanto aqueles que não, portanto ela poderia ser considerada uma fase do tratamento, uma fase pela qual praticamente todos os residentes poderiam vir a transitar.

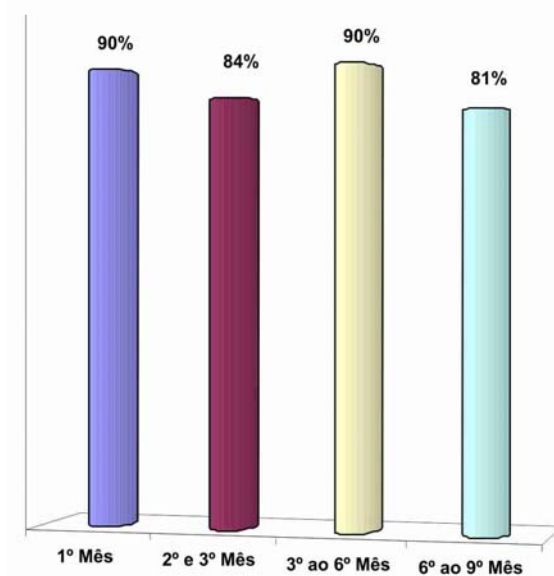
O problema principal consiste em que esta síndrome deveria ser detectada logo no seu começo, nos primeiros momentos de questionamento profundo. Se detectada prematuramente,

o dependente ainda poderia ser resgatado do abandono do tratamento, ele ainda não teria estruturado o *pensamento mágico*, ele ainda poderia enxergar a realidade.

Mas se não percebida, depois de que ele tenha permanecido neste estado, principalmente na *sensação de cura*, algo assim como 20 ou 30 dias, provavelmente acabaria abandonando o tratamento com a convicção plena de que jamais voltará ao uso. A maioria promete veementemente vir visitar a CT para mostrar como está bem. Aqueles que realmente voltam, voltam geralmente para iniciar um novo tratamento.

A grande maioria (84%) daqueles que abandonam o tratamento neste período voltam ao uso, segundo os dados do Banco de Dados da CTNJ (2012a). Como pode ser visto no *gráfico 9*, os índices de recaída por tempo de abandono são muito semelhantes, não podendo assim ser afirmado que aqueles que abandonam o tratamento no período estudado estão necessariamente mais propensos a sofrer uma recaída do que aqueles que abandonam o tratamento em qualquer outro momento.

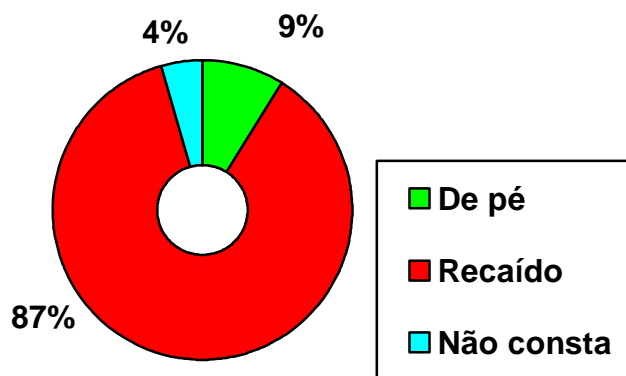
Gráfico 9 - Índice de recaídas por tempo de abandono na CTNJ



(CTNJ, 2012a)

Isto também pode ser confirmado no *gráfico 10*, sobre a estatística geral de recaídas para desistentes, na CTNJ.

Gráfico 10 - Estado de recuperação dos desistentes da CTNJ

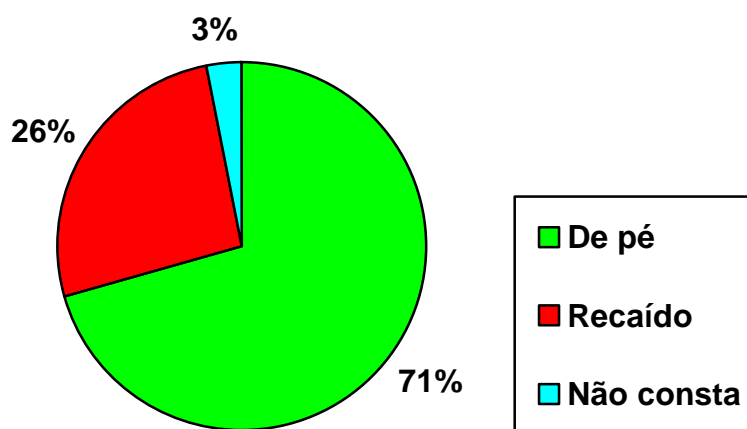


(CTNJ, 2012a)

O problema principal seria que o dependente não estaria de fato preparado para a realidade, ele estaria muito melhor, sim, mas ainda não teria atingido um grau de maturidade suficiente como para enfrentar os problemas reais do dia-a-dia.

A questão do despreparo pode ser confirmada pelo *gráfico 11*, no qual são mostrados os resultados para os residentes que concluem o tratamento, evidentemente superior do que para os desistentes, o que evidencia um maior preparo e maturidade para enfrentar as vicissitudes do dia-a-dia após o tratamento.

Gráfico 11 - Estado de recuperação dos que concluem o tratamento (Graduados) na CTNJ



(CTNJ, 2012a)

O que sim pode ser afirmado é que quem desiste neste momento, e respondendo a estas características, não está abandonando o tratamento com o intuito de voltar ao uso, mas sim

com a fantasiosa convicção de que já está preparado para dar início a uma nova vida, aquilo que Domínguez-Martín (2008) teria chamado de “melhora autodecida”.

Se o responsável pela CT não for suficientemente experiente poderá até mesmo acreditar nas argumentações do residente, principalmente se este for um indivíduo inteligente e de expressão aguçada.

5.2 O que fazer?

Em primeiro lugar, e como já foi dito, os responsáveis pela CT não podem partir nunca do princípio de que toda desistência é motivada pela fissura. Se fizerem isto perderão a comunicação com o residente que se encontre dominado por esta síndrome, já que ele se sentirá profundamente incompreendido e julgado por estes.

Ter presente que o residente realmente acredita no que está dizendo é fundamental para dar início a um diálogo aberto, mas se começar a julgar tudo o que for dito por este como sendo uma mentira ou uma manipulação (embora inconscientemente realmente sejam) não haverá diálogo possível, e o residente acabará por desistir até mesmo antes do que planejava.

Em segundo lugar, se a equipe de trabalho considerar esta síndrome como fato real no seu meio terapêutico, poderá tomar algumas medidas preventivas, como introduzir o assunto em algumas das reuniões e dinâmicas de grupo, e até mesmo nos atendimentos individuais, buscando sempre o *sentimento de cura* como uma possibilidade real dentro das possíveis vivências do residente ao longo do tratamento.

É importante perceber que dentro dos sintomas há muitas características positivas, e por isso muitos dos residentes que se encontrem aparentemente bem adaptados e integrados na CT podem estar passando por este processo de modo oculto e, por medo ou vergonha, não expõem a fantasia de não necessitar mais do tratamento. Por isso, se a equipe abordar o assunto por iniciativa própria, pode facilitar a comunicação com o residente, podendo elaborar estas fantasias antes que elas tomem conta do mesmo, e o tornem incapaz de submeter esta vontade ao seu bom senso.

Em terceiro lugar é muito importante trabalhar este conteúdo com a família do residente, ou seja, explicar e elaborar como esta síndrome acontece, já que se for uma família desinformada muito provavelmente acreditará na boa vontade do residente, que se apresenta realmente com uma força incrível. Muitas vezes o incentivo da família é vital para a continuidade do tratamento.

Por todos estes motivos, e também por muitos outros não expostos aqui, a formação da equipe de trabalho é fundamental, e é muito importante que esta tenha consciência de alguns dos fenômenos recorrentes do processo terapêutico na CT, como seria esta proposta “síndrome dos três meses”.

Somente as equipes que estejam sensíveis à realidades como esta poderão otimizar os resultados obtidos, conseguindo assim ajudar um maior número de DQs em busca da sobriedade e da recuperação.

6. CONCLUSÕES

Depois de transitar pela história da gênese das CTs, pode-se perceber que este fenômeno de alcance mundial se tornou, já há algum tempo, uma das modalidades mais procuradas de tratamento para a DQa de grau mais severo, já que sabe-se que os usuários moderados de SPA⁹⁸ podem chegar a manter uma abstinência de forma natural, ou mesmo a fazer uso controlado destas substâncias.

As CTs, na atualidade, contam com estruturas terapêuticas altamente complexas, capazes de promover uma profunda reformulação do estilo de vida do DQ, muito além da diminuição ou parada com o uso de SPA, diferentemente do que acredita o público leigo.

Por este motivo as CTs no mundo vêm ganhando território e credibilidade no que diz respeito à recuperação da DQa, sendo por isto alvo de emergentes trabalhos de pesquisa científica, muitos deles ainda em projeto de execução, ou em andamento.

Dada a relevância do fenômeno das CTs no mundo, assim como especificamente no Brasil, chama à atenção a escassa literatura científica nacional ao respeito, principalmente pesquisas voltadas a tipificar e descrever psicologicamente o processo de tratamento. Sendo assim se sugere aqui a realização de pioneiros estudos ao respeito, abordando principalmente o olhar psicológico deste trabalho.

Um dos fatores que pode ter colaborado com esta escassez de pesquisa na área pode ser, de acordo com os dados obtidos nesta pesquisa, a má reputação que muitas CTs têm no Brasil, devido à má gestão institucional apresentada, assim como o olhar não humanizado para com o serviço prestado e, principalmente, para com o DQ em recuperação.

Muitas das instituições brasileiras que acabam, erroneamente, se autodenominando como CTs, apresentam procederes altamente duvidosos, sem receio algum de transgredir as normas básicas da ANVISA, ou até mesmo os princípios básicos dos Direitos Humanos. Por este motivo, para a comunidade científica brasileira a denominação CT pode ter entrado em descrédito, caindo num inevitável movimento de generalização de todas as CTs brasileiras, através do qual aquelas que efetivamente realizam um trabalho sério e responsável, de acordo com as normativas e diretrizes correspondentes, acabam sendo julgadas com a mesma medida que aquelas que não fazem jus à sua denominação.

⁹⁸ Cabe lembrar que quando se fala de usuários moderados de SPA está se falando de indivíduos que jamais precisaram de internação por causa de problemas com estas substâncias.

Sendo esta uma das possíveis hipóteses para a carência de literatura nacional sobre este assunto, pelo que se sugere que todas aquelas CTs que realizem um trabalho sério, ético e profissional, promovam ou convidem profissionais de todas as áreas, principalmente da Psicologia, para que possam ser realizadas pesquisas científicas de qualidade a respeito do assunto.

Para aquelas CTs que realizam este trabalho com qualidade, muitas dificuldades se apresentam na árdua tarefa de recuperar uma vida, podendo ser estas de ordem econômico, político, religioso ou institucional. Mas a presente pesquisa focaliza principalmente a questão do abandono do tratamento como uma das principais barreiras com as que se depara toda CT, tanto no Brasil quanto no mundo.

Este problema não significaria apenas a não conclusão do período estipulado de tratamento, independentemente de qual for, mas sim uma muito provável recaída após o abandono, que faria com que o DQ retorne à situação anterior ao ingresso, não permitindo que a recuperação aconteça, colaborando com uma cultura de constante reinternação.

Como foi visto, a fase correspondente ao segundo e terceiro mês de tratamento seria a mais crítica em relação a este abandono, pelo qual seria extremamente importante que os dirigentes e colaboradores das CTs se mantivessem especialmente atentos neste período, e desenvolvessem estratégias de intervenção específica para esta possível síndrome.

Ao mesmo tempo se ressalta novamente a importância da pesquisa científica, agora em relação especificamente ao abandono, com a finalidade de criar um contingente de literatura científica capaz de dar conta, primeiro, de analisar e compreender profundamente o fenômeno, e, segundo, de abrir caminhos para a criação de estratégias capazes de reduzir a incidência do mesmo.

Para isto se sugere que seja realizado um seguimento mais detalhado em uma das CTs aqui estudadas, preferindo a CTNJ por ser a que conta com maior riqueza e amplitude de dados, assim como por ser a que possui uma metodologia mais apropriada de seguimento pós tratamento, independentemente da saída ter sido por graduação ou por desistência.

Este seguimento poderia ser realizado através da aplicação de questionários no início do tratamento, avaliando os principais fatores que motivaram o ingresso ao mesmo, assim como questionários a serem aplicados no momento do abandono, a fim de constatar, ou não, a presença dos sintomas relacionados com a “Síndrome dos três meses”.

Também se sugere a aplicação de questionários específicos de avaliação da severidade da dependência, no intuito de definir mais claramente o perfil da população atendida na CT estudada, assim como também o perfil adictivo do DQ que abandona o tratamento.

Como já foi exposto, para esta finalidade se propõe aplicar um método mundialmente reconhecido: o ASI (*Addiction Severity Index*), também conhecido no Brasil como a “Escala de Gravidade de Dependência”.

Outra sugestão seria a aplicação de questionários de avaliação das desistências para a equipe da CT, já que os seus membros também são observadores do processo, com todas as suas variáveis.

Finalmente, uma vez identificada e tipificada a “Síndrome dos três meses”, caso os dados levantados sejam favoráveis à hipótese proposta, poderão ser oferecidas alternativas de intervenção direta que possam diminuir o impacto da mesma, diminuindo assim o índice de desligamento do programa de recuperação da CT. Estas propostas de intervenção seriam realizadas em três frentes: com os residentes, com os familiares e com a equipe de trabalho.

Desta forma, esta pesquisa busca contribuir com a atenção da crescente demanda de soluções eficazes para a recuperação dos milhares de DQs que procuram ajuda anualmente no Brasil e no mundo, e que lamentavelmente acabam obtendo apenas paliativos ou promessas vazias.

REFERÊNCIAS

AA. **Alcoólicos Anônimos**: a história de como muitos milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo. São Paulo: Centro de Distribuição de Literatura de A.A. para o Brasil – CLAAB, 1955.

_____. Disponível em: <www.aabrasilportugal.org/historia.htm>. Acesso em: 05 abr. 2009a.

_____. Disponível em: <www.alcoolicosanonimos.org.br>. Acesso em: 05 abr. 2009b.

AE. Disponível em: <www.amorexigente.org.br>. Acesso em: 05 abr. 2009.

ALVES, José Galvão. O médico, o paciente e o atendimento de emergência no Brasil. In: MELLO-FILHO, J.; BURD, M. (Org.). **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 472-477.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

ANVISA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. **Resolução - RDC Nº 29, de 30 de Junho de 2011**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

APCM. CNPJ: 01.652.449/0001.-05. Informação retirada do Banco de Dados referente ao controle de fluxo de atendimentos e serviços. Itaporanga, 2010.

ARAUJO, Marcelo Ribeiro de. **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.

BADARACCO, Jorge E. García. **Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar**. Tradução de: Giselle Groeninga de Almeida, Marizilda Paulino e Richard Carasso. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

BLATNER, Adam. **Uma visão global do psicodrama: fundamentos históricos, teóricos e práticos.** Ágora, 1988.

BRASIL. **Código Civil.** Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 out. 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.

CARBALLO, J. L. et al. Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. **International Journal of Clinical and Health Psychology.** Granada, España, v. 7, n. 3, 2007, p. 661-678. Asociación Española de Psicología Conductual. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33770306>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

_____. Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. **Adicciones.** [s.l.] v. 20, n. 1, 2008, p. 49-58. Disponível em: <<http://www.adicciones.es/files/49-58%20carballo.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/2a_Edicao_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

CORTÉS, Maria T. Una primera aplicación de la teoría del comportamiento planificado para explicar el abandono del tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos. **Revista de Psicología General y Aplicada.** v. 54, n. 3, 2001, p. 389-405. Facultad de Psicología - Universitat de València. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2F Dialnet.unirioja.es%2Fservlet%2F fichero_articulo%3Fcodi-go%3D2364841&ei=q0yWT_azD6PH6AH41uW1Dg&usg=AFQjCNFVVR377JOOPIa8s0z2e6kgNcSotRw>. Acesso em: 20 abr. 2012.

COSTA, J. B. P.; VALERIO, N. I. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2008000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 abr. 2012.

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. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/dissertacoes/2007/Andre.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

CREMESP. Parceria do Cremesp com Unifesp garante atendimento a dependência química e transtorno mental. 290. ed., mar. 2012. In: LARANJEIRA, R. **UNIAD**. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13227:parceria-do-cremesp-com-unifesp-garante-atendimento-a-dependencia-quimica-e-transtorno-mental&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94>. Acesso em: 27 abr. 2012.

CRP-SP. **Internação compulsória**: Comunidades terapêuticas são interdidas em Bragança Paulista. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=452>. Acesso em: 11 mar. 2012.

CTNJ. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Regimento Interno**. Avaré, 2010.

_____. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Plano de Ação – 2011**. Avaré, 2011.

_____. CNPJ: 13.442.491/0001-72. Informação retirada do Banco de Dados referente ao controle de fluxo de atendimentos e serviços. Avaré, 2012a.

_____. **O nosso método**. Disponível em: <<http://www.novajornada.org.br/metodologia.html>>. Acesso em: 20 abr. 2012b.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

DESAFIO JOVEM – TENN CHALLENGE BRASIL. **História do Desafio Jovem do Brasil**. Disponível em: <http://www.desafiojovendobrasil.com.br/historico_djb.html>. Acesso em: 12 out. 2011.

DIAS, Victor R. C. Silva. **Psicodrama: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Agora, 1987.

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, Espana, 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.

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.viver-bem.fmb.unesp.br%2Fdocs%2FSenad%2FProjeto%2520AVALIACAO_Cts_16_02_2011.doc&ei=S1RdT6-pOoWagwfGw4yiCw&usg=AFQjCNFqVNEjJOG_EgrDB8EN9wwG3JkJgQ>. Acesso em: 11 mar. 2012.

EIZIRIK, C. L.; HAUCK, S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 151-166.

FEBRACT. Disponível em: <www.febract.org.br>. Acesso em: 05 abr. 2009.

_____. **Comunidades Terapêuticas Filiadas - Titulares e Provisórias**. Disponível em: <www.febract.org.br/filiadas.htm>. Acesso em: 11 mar. 2012.

FERNÁNDEZ-HERMIDA, J. R. et al. Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. **Papeles del Psicólogo**. v. 28, n. 1, jan. 2007, p. 2-10. Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo. Disponível em: <<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1423>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

FINO, Carlos Nogueira. Vygotsky e a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP): três implicações pedagógicas. **Revista Portuguesa de Educação**. v. 14, n. 2. Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2001. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/374/37414212/37414212_5.html>. Acesso em: 07 abr. 2012.

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, 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.

FUNDAÇÃO PADRE HAROLDO. Disponível em: <www.padreharoldo.org.br>. Acesso em: 05 abr. 2009.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, G. et al. Tratamiento de la adicción a la cocaína mediante terapia de incentivos. **Trastornos Adictivos**. v. 12, n. 4, 2010, p. 135-139. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es/revistas/trastornos-adictivos-182/tratamiento-adiccion-cocaina-mediante-terapia-incentivos-13189932-revision-2010>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

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. Disponível em: <<http://www.proyectohombrenavarra.org/documentacion/tesisjope.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

_____. Razones para el abandono del tratamiento em uma comunidade terapêutica. **Trastornos 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.

GOTI, Maria Elena. **La comunidad terapéutica: un desafío a la droga**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990.

GUIMARÃES, F. L. et al. Famílias, adolescência e drogadição. In: OSORIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 350-365.

HARTMANN, Rolf. **Detalhamento do encontro dos representantes de Comunidades Terapêuticas do Brasil com a presidente Dilma Rousseff**. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://grupodeapoiofadefacruzazul.blogspot.com/2011/07/encontro-comunidades-terapeuticas-do.html>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

HEGENBERG, M. **Psicoterapia Breve**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. (Coleção Clínica Psicanalítica).

ISRAEL-PINTO, Alexandre. Comunidades Terapêuticas para toxicodependentes no Brasil. **Revista Toxicodependências**. v. 17, n. 2, p. 85-87, 2011. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2011/2/artigo9_Vol17_n2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

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.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2011.

KESSLER, F.; PECHANASKY, 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-dependnci-a&ei=Tk6WT_wij5_pAY3LmdMO&usg=AFQjCNFJZ7KgVzdZCd8wMbmDvlkQoYeiiQ>. Acesso em: 15 abr. 2012.

MACHADO, Laura Paes. **Comunidades Terapêuticas: saber e poder na rede de atenção a usuários de substâncias psicoativas.** Disponível em: <http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/098.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2012.

MENEZES, Mara Silvia Carvalho de. **O que é Amor Exigente?** Resposta para pais e filhos. 9. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

MOTA, Leonardo de Araújo e. **Dependência Química, representações sociais e estigmas.** XIV Congresso Nacional de Sociologia, Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CF8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sbsociologia.com.br%2Fportal%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D3406%26Itemid%3D171&ei=HyKaT-aTMoiQ8wShyvT5Dg&usg=AFQjCNEm43REwqJcBzfPGRjUS_R9fmjIMQ>. Acesso em: 26 abr. 2012.

MY NAME is Bill W. – O valor da vida. Direção: Daniel Petrie. Roteiro: William G. Borcherdt. Intérpretes: James Woods, Jo Beth Williams, James Garner, Gary Sinise. EUA: 2006. 1 DVD (99 min.), NTSC, son., color.

NA. Disponível em: <<http://www.na.org.br/portal>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

NIDA. **La Comunidad Terapéutica.** Disponível em: <<http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica.html>>. Acesso em: 11 out. 2011.

_____. **Princípios de Tratamento da Dependência Química:** um guia baseado em pesquisa. Abr. 1998. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/13_principios_NIDA.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. ¿Pueden las comunidades terapéuticas tratar a las poblaciones con necesidades especiales? **Serie de reportes de investigación:** La Comunidad Terapéutica. Dez. 2003. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-comunidad-terapeutica/pueden-las-comunidades-terapeuticas-tratar-las-poblaciones-con-neces>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

_____. ¿Cuánto tiempo suele durar el tratamiento de la drogadicción? **Principios de tratamientos para la drogadicción:** Una guía basada en las investigaciones. Jul. 2010. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/cuanto-tiempo-suele-durar-el-tratamiento-d>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

PERLS, Friederich Salomon. **Yo, hambre y agresión: los comienzos de la terapia gestaltista.** Tradução de: Angel Saiz Sáez. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

PORTUGAL, F. B.; CORRÊA, A. P. M.; SIQUEIRA, M. M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas.** Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 abr. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA. **Inaugurada a Comunidade Terapêutica Reviver.** Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.cachoeirinha.rs.gov.br/portal/index.php/noticias/item/185-inaugurada-a-comunidade-terap%C3%AAutica-reviver?tmpl=component&print=1>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

RAHM, Haroldo J. **O caminho da sobriedade: A Fazenda do Senhor Jesus e o Amor-Exigente.** São Paulo: Edições Loyola, 1996.

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.

RODRIGUÉ, Emilio. **Biografía de una Comunidad Terapéutica.** Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1965.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia (Campinas).** Campinas, jun. 2005, v. 22, n. 2, p. 167-174. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2009.

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.

SENADO FEDERAL. Destinação de recursos públicos a comunidades terapêuticas esbarra na religião e em critérios médicos. **Em Discussão! Revista de audiências públicas do Senado Federal**. Ano 2, n. 8, ago. 2011. Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/recursos-publicos-comunidades-terapeuticas-religiao-medicos.aspx>>. Acesso em: 07 abr. 2012.

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 out. 2011.

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.

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.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da Iatrogenia e a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/09.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2012.

TORRES, L. B. et al. Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. **Salud Mental**. Distrito Federal, México, v. 28, n. 1, 2005, p. 61-71. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58212807.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**. 2004, p. 373-379. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v9n2/a20v9n2.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

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.

ZANELLA, Andréa Vieira. Zona de desenvolvimento proximal: análise teórica de um conceito em algumas situações variadas. **Temas psicologia**. Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 1994. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X1994000200011&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 07 abr. 2012.

GLOSSÁRIO⁹⁹

Ativa: diz-se da vida no uso de SPA.

Co-dependente: o familiar que adoece juntamente com o DQ, através do processo de sua dependência.

Coordenador da CT: normalmente um DQ em recuperação, encarregado da administração do cronograma interno, assim como da aplicação dos regulamentos da CT. Também pode desempenhar uma função terapêutica, ao manter um contato mais próximo com os residentes, e dirigir algumas das reuniões da CT, principalmente as que sejam referentes ao grupo como um todo.

Cruzada: dize-se da dependência concomitante do álcool e de outras SPA.

Cruzado: o DQ com dependência cruzada.

De pé: o DQ que se mantém abstinência de SPA após o tratamento.

Em recuperação: o mesmo que de pé, e também pode significar “em tratamento”.

Equipe de trabalho: refere-se à toda a equipe da CT, contando com a equipe interna, a equipe de profissionais e os demais colaboradores.

Equipe interna: O coordenador terapêutico e os monitores, que normalmente são DQs em recuperação.

Fissura: também chamada de *craving* na literatura internacional, é a vontade intensa, constante e incontrolável de usar SPA.

Graduação: cerimônia na qual o DQ conclui o tratamento na CT.

⁹⁹ Extraído de: CTNJ, 2012b; CTNJ, 2011; CTNJ, 2010.

Graduado: o DQ que conclui o tratamento na CT, passando pela Graduação.

Mais-velhos: dentro da CT são os residentes com mais tempo de tratamento, normalmente os que estão na fase da Ressocialização.

Monitor da CT: membro da equipe interna, normalmente um DQ em recuperação, que trabalha juntamente com o Coordenador da CT. A sua função é, principalmente, acompanhar a disciplina dos residentes, e colaborar com o coordenador na aplicação do regulamento da CT. Pode aplicar as sanções e corretivos necessários, e também se encarrega da direção das reuniões de estudo e outras.

Recaída: o retorno ao uso de SPA após o tratamento. Normalmente o retorno após o abandono não se considera como uma recaída propriamente dita dentro da CT, já que o termo recaída exige a conclusão do tratamento. Nas CTs se considera que o DQ que abandona o tratamento não chegou a ficar de pé, portanto não pode sofrer uma recaída.

ANEXOS

ANEXO A – Os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos¹⁰⁰**PRIMEIRO PASSO:**

Admitimos que éramos impotentes perante o álcool e que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

SEGUNDO PASSO:

Vimos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.

TERCEIRO PASSO:

Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.

QUARTO PASSO:

Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

QUINTO PASSO:

Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

SEXTO PASSO:

Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

SÉTIMO PASSO:

Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

OITAVO PASSO:

Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

¹⁰⁰ Extraído do Site Oficial dos AA no Brasil e no Portugal (AA, 2009a; AA, 2009b).

NONO PASSO:

Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.

DÉCIMO PASSO:

Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

DÉCIMO PRIMEIRO PASSO:

Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.

DÉCIMO SEGUNDO PASSO:

Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ANEXO B – Os Doze Princípios do Amor-Exigente¹⁰¹

1º Princípio – RAÍZES CULTURAIS

Os problemas da família têm raízes na estruturação atual da sociedade, mas é preciso lembrar que os princípios de integridade moral e ética são imutáveis.

2º Princípio – PAIS TAMBÉM SÃO GENTE

Os pais são humanos, são apenas pais. Não são super-heróis, nem se tornam perfeitos ao se tornarem pais. Precisam assumir tranquilamente suas limitações.

3º Princípio – OS RECURSOS SÃO LIMITADOS

É preciso dizer não aos filhos, principalmente conhecendo e comunicando os próprios limites, sejam estes físicos, emocionais ou econômicos.

4º Princípio – PAIS E FILHOS NÃO SÃO IGUAIS

Os pais precisam ser pais para que os filhos possam ser filhos. Os pais são diferentes dos filhos, existem graus diferentes de hierarquia familiar, a fim de orientar os filhos no referente aos valores a serem seguidos pela família.

5º Princípio – CULPA

A culpa torna as pessoas indefesas e sem ação. A ideia não é acusar ninguém, mas sim instruir e alertar as famílias para que façam sua parte do modo mais completo possível. Para resolver uma situação é necessário libertar-se de qualquer forma de emoção.

6º Princípio – COMPORTAMENTO

O comportamento dos filhos afeta os pais; o comportamento dos pais afeta os filhos. Assim, o comportamento agressivo e destrutivo dos filhos gera atitudes neuróticas e descontroladas dos pais. É importante parar com esta dinâmica, os pais devem parar de competir com os filhos nos comportamentos inadequados, é preciso manter o equilíbrio e conduzir a família no rumo certo.

¹⁰¹ Extraído do Site Oficial do AE no Brasil (AE, 2009) e Menezes (1996).

7º Princípio – TOMADA DE ATITUDE

Na educação dos filhos é prejudicial tomar atitudes sem firmeza ou perseverança, seja por acomodação ou por qualquer outra razão. Tomar uma atitude firme precipita a crise, mas efetivamente pode ajudar a tomar um rumo diferente no conflito que já tenha se instalado.

8º Princípio – CRISE

Da crise bem administrada, surge a possibilidade de mudança positiva, embora se tenha que ter coragem para mudar de rumo. Os pais precisam estar alertas, e fazer pelos seus filhos o que precisa ser feito, sem pena deles ou de si mesmos.

9º Princípio – GRUPO DE APOIO

Na comunidade as famílias precisam dar e receber apoio de um grupo especializado. Para o AE, esconder-se, fazer de conta ou se isolar diante de um problema é o mesmo que não querer resolvê-lo. O grupo de apoio ajuda a refletir, a apontar as dificuldades, as limitações de cada um, cuidando também dos pais que andam cansados e carentes.

10º Princípio – COOPERAÇÃO

A essência da família repousa na cooperação, não só na convivência. Tem que ser dada a oportunidade aos filhos de também servir os pais, e não somente ser servidos por estes. Cooperação é a união das pessoas em volta de um trabalho para o bem de todos.

11º Princípio – EXIGÊNCIA NA DISCIPLINA

A exigência na disciplina tem o objetivo de ordenar e organizar a vida da família. A postura dos pais para com os filhos deve ser: “nós o amamos, mas não aceitamos os seus comportamentos inadequados”. Por este motivo, os pais precisam determinar claramente os seus limites e estabelecer as regras da casa, que toda a família, inclusive eles mesmos, deve seguir.

12º Princípio – AMOR

O amor com respeito, sem egoísmo, sem comodismo deve ser também um amor que orienta, educa e exige. Amar é ajudar o outro a transformar em realidade o que já existe potencialmente. É ajudá-lo a crescer como ser humano, a perceber e reconhecer em si mesmo tudo o que tem de melhor.

ANEXO C – Questionário pessoal sobre valorização da CT nº 1¹⁰²

A continuação se enumeram 19 afirmações sobre *o que pode provocar o estresse, ansiedade ou tensão* dentro da CT, devendo marcar cada uma de acordo com a importância atribuída.

	NADA	POUCO	BASTANTE	MUITO
Não poder sair da CT				
A separação dos seres queridos				
As reuniões de grupo				
A convivência com os outros				
Os confrontos				
Os horários				
O trabalho nos setores diversos				
Dormir menos de 8 horas				
Os papéis (trabalhador, técnico, etc.)				
As sanções				
O trabalho físico				
A abstinência sexual				
Os encontros com a família				
A pressão dos demais				
Os terapeutas				
As normas				
A duração do tratamento				
Desconhecer o funcionamento da CT				
Compartir os espaços (quarto, banheiro, etc.)				

¹⁰² Extraído, adaptado e traduzido de Goñi (2005, p. 455).

ANEXO D – Questionário pessoal sobre valorização da CT nº 2¹⁰³

A continuação se enumeram 19 afirmações sobre *o que pode aliviar o estresse, ansiedade ou tensão* dentro da CT, devendo marcar cada uma de acordo com a importância atribuída.

	NADA	POUCO	BASTANTE	MUITO
Escutar música				
O exercício físico (esportes, etc.)				
As reuniões de grupo				
O tabaco				
Os jogos				
O tempo livre				
A amizade				
A sesta				
A musicoterapia (relaxamento, ioga, etc.)				
A saídas fora da CT				
Os momentos de intimidade				
As correspondências (cartas, etc.)				
A leitura				
A TV (vídeos, filmes, etc.)				
Os encontros com seres queridos				
As horas das refeições				
Conversar sobre temas variados				
Os terapeutas				
A liberdade de expressão				

¹⁰³ Extraído, adaptado e traduzido de Goñi (2005, p. 457).

ANEXO E – Autorização de utilização do Banco de Dados da APCM

**DECLARAÇÃO**

Eu, Sebastião Nogueira de Castilho, RG 10.277.800, CPF 890.692.188-87, Presidente da Associação Promocional Coração de Maria, autorizo, através desta, a utilização dos dados constantes no Banco de Dados desta entidade, referentes ao período de 1996 a 2010, para pesquisa científica, podendo estes serem citados na Monografia intitulada: A “*SÍNDROME DOS TRÊS MESES*”: *a desistência no tratamento da dependência química em duas Comunidades Terapêuticas do interior do Estado de São Paulo*, tendo como autor Pablo Kurlander, aluno de Psicologia da Faculdade Sudoeste Paulista, assim como para outras pesquisas futuras da mesma autoria.

Itaporanga, 10 de Maio de 2012

Sebastião Nogueira de Castilho
Presidente

ANEXO F – Autorização de utilização do Banco de Dados da CTNJ**COMUNIDADE TERAPÊUTICA
NOVA JORNADA**

CNPJ: 13.442.491/0001-72

Utilidade Pública Municipal - Lei nº 1.539 - 07/02/2012

Vicinal Avaré-Itatinga Km 4,5 - Avaré, SP

Fones: (14)9689-0812 - (14)9689-1062

Caixa Postal 244 - CEP: 18.700-970

www.novajornada.org.br**DECLARAÇÃO**

Declaro, através desta, que a CTNJ autoriza a utilização dos dados constantes no seu Banco de Dados para pesquisa científica, assim como os documentos oficiais necessários, podendo estes serem citados na Monografia intitulada: *A “SÍNDROME DOS TRÊS MESES”*: *a desistência no tratamento da dependência química em duas Comunidades Terapêuticas do interior do Estado de São Paulo*, tendo como autor Pablo Kurlander, aluno de Psicologia da Faculdade Sudoeste Paulista.

Estamos à disposição para mais esclarecimentos se forem necessários.

Avaré, 17 de Maio de 2012



Alda Célia de Almeida Garcia
Presidente

ANEXO G – Enxoval Básico da CTNJ

Material de estudo:

1 Bíblia	2 canetas
1 Livro de louvores “Louvemos o Senhor”	2 cadernos grandes
1 terço	selos, envelopes, cola branca
Documento pessoal original ou xerox autenticada	1 pasta de elástico
10 xerox dos documentos (não autenticados)	

Roupas:

1 travesseiro	1 cobertor (2 no inverno)	2 agasalhos
4 bermudas	2 calça jeans	5 cuecas
2 calça moletom	4 pares de meias	6 camisetas
1 chinelo de dedo	calçado para trabalho e visita	
2 pares de roupa para visita	2 jogos de roupa de cama e banho	

Obs.: As quantidades sugeridas representam o máximo de roupas de cada espécie que poderão ser trazidas para não abarrotar os armários, não significa que tenham que trazer exatamente esta quantidade.

Higiene Pessoal:

1 balde	1 corda de varal	2 pct. prendedores
1 escova de roupa	2kg sabão em pó	1 pct. sabão em pedra
5 sabonete	1 bucha de banho	2 shampoo
1 escova dental	3 pasta de dentes	2 desodorante roll-on
4 aparelho de barbear	2 pcts. saco de lixo 50l	3 bucha para louça
1 rodo	1 vassoura	5 panos de prato
2 pct. papel higiênico (c/8)		

Obs.: se trouxerem perfume, este ficará sob cuidado da coordenação e será utilizado com a devida autorização.

Cigarro: *Só podem ser trazidos cigarros de valor máximo igual ao Derby, acompanhados de isqueiros unicamente a gás. Devem ser trazidos cigarros para um mês, aproximadamente 3½ pacotes.*

Custos: *Deve ser trazido no dia da internação:*

1ª Mensalidade (Taxa de entrada)
R\$ 70,00 referente a material didático
Dinheiro para o caixa de gastos pessoais

Não pode: *revistas ou fotografias pornográficas, camiseta de bandas, remédios sem a correspondente receita médica, colares, correntes, brincos, pulseiras, piercings, óculos escuros, fumo de corda ou tabaco solto.*

ANEXO H – Regulamento Interno da CTNJ

Eu, _____, querendo mudar de vida, me libertando da dependência do álcool e das drogas, peço para ser aceito como residente nesta comunidade por um tempo mínimo de nove (9) meses e aceito as seguintes normas disciplinares sob o princípio de Oração, Trabalho e Disciplina:

- 01.** Atenderei pontualmente os horários das diferentes atividades, comprometendo-me a participar das orações, reuniões e do trabalho conforme for determinado pela coordenação.
- 02.** Cuidarei para que não haja transação de drogas e/ou de álcool na comunidade, e estou informado de que qualquer falha neste sentido será motivo de exclusão sem apelo.
- 03.** Entregarei aos coordenadores os meus documentos e o dinheiro que tiver em mãos ao ingressar na comunidade, e se chegar a receber algum dinheiro o entregarei à coordenação.
- 04.** Ao ingressar na comunidade aceitarei que revistem a minha pessoa e os meus pertences para evitar a entrada de objetos indesejados.
- 05.** Concordo em receber visitas somente aos segundos domingos de cada mês, e ter o direito às mesmas conforme o estabelecido do Regulamento da Visita.
- 06.** Concordo que as minhas correspondências sejam levadas uma vez por semana, e que sejam lidas pela coordenação, e que os volumes a enviar ou receber sejam abertos ou fechados na presença da coordenação.
- 07.** Nunca sairei dos limites da comunidade sem a devida autorização da coordenação.
- 08.** Manterei sempre a limpeza dos meus aposentos e objetos de uso pessoal, roupas de cama e de banho, assumindo a responsabilidade de lavá-las frequentemente.
- 09.** Comprometo-me a fazer silêncio total na casa a partir das 23:00hs, e a não fumar dentro da mesma por respeito aos colegas.
- 10.** Comprometo-me a evitar imagens e leituras que estimulem o impulso sexual.
- 11.** Estou informado de que: agressões físicas, práticas sexuais de qualquer espécie, uso de álcool e/ou drogas, roubos, recusa constante de atendimento à disciplina, são causas para o desligamento imediato da comunidade.
- 12.** Estou informado de que é proibido fazer negócios dentro da comunidade, como trocar ou vender objetos, ou pagar para que outro faça algum serviço da minha responsabilidade.
- 13.** Informarei à coordenação os acontecimentos que contrariem o regulamento e prejudiquem de alguma forma as pessoas da comunidade.
- 14.** Estou informado de que a graduação acontecerá no dia de visita, no mês correspondente ao término dos nove meses.
- 15.** Estou informado de que deverei permanecer na comunidade até o término dos nove meses, mesmo estando graduado, e de que a graduação poderá ser anulada dependendo do meu comportamento neste período. Se completar os nove meses antes do dia de graduação deverei esperar a mesma dentro da comunidade.
- 16.** Qualquer tipo de comunicação com a família deverá ser através de correspondência; o telefone é de uso exclusivo da coordenação.

Avaré, ____ / ____ / ____

Residente

Coordenador

ANEXO I – Termo de Compromisso da CTNJ

Eu, _____,

R.G. nº _____, CPF nº _____,

responsável pela internação de _____,

em ___/___/___ na *Comunidade Terapêutica Nova Jornada*, **DECLARO:**

1. Ter recebido uma cópia do *Regulamento Interno* e do *Regulamento dos Familiares para o Dia de Visita*, referente ao compromisso de deveres e obrigações de internos e familiares durante o período de internação do candidato, e declaro também ter concordado com todas as exigências citadas nesses regulamentos.
2. Estar assumindo agora a total responsabilidade pelo pagamento da mensalidade combinada na entrevista, no valor de R\$ _____, assim como do fornecimento dos materiais de uso pessoal necessários durante o transcurso do tratamento. Declaro também ter conhecimento que a primeira mensalidade será paga no ato da internação, e a última no dia da graduação, completando assim dez (10) mensalidades no total, e que nenhum valor será devolvido em caso de desistência do candidato.
3. Se este pagamento for efetuado em cheque, estou ciente do compromisso referente ao mesmo, segundo consta no artigo anterior, sendo que este cheque não será devolvido nem poderá ser “sustado” ou “não coberto” em caso de desistência do candidato, e de que a entidade tomará as medidas judiciais cabíveis caso ocorra alguma destas situações.

Dados do cheque: Banco: _____ Agência: _____

Conta: _____ Nº cheque: _____ Valor: _____

4. Estar assumindo agora a total responsabilidade pelo ressarcimento dos danos físicos e materiais que possam ser provocados pelo candidato citado, tanto dentro da Comunidade como fora da mesma em caso de fuga.
5. Estar assumindo agora a total responsabilidade legal pelas infrações que o candidato possa cometer tanto dentro da Comunidade como fora da mesma em caso de fuga.
6. Estar assumindo agora, em caso do candidato ser menor de idade, a total responsabilidade legal pelo mesmo tanto dentro da Comunidade como fora da mesma em caso de fuga.
7. Estar ciente de que, em caso de fuga, o candidato e/ou a família ou responsável do mesmo não poderão retirar os pertences que não sejam levados no ato da fuga.

Avaré, ___ de _____ de 20__

Nome por extenso
(Familiar ou responsável)

Assinatura
(Familiar ou responsável)

Nome por extenso (Residente)

Assinatura (Residente)

Coordenador

ANEXO J – Guia de Reunião de Mais-velhos da CTNJ**Nº Reunião:** _____**Data:** ___/___/___ **Hora Início:** ___:___ **Hora Fim:** ___:___ **Nº Participantes:** _____**Coordenador:** _____ **Secretário:** _____**Participantes:** _____
_____**Avaliação dos “mais velhos”:** _____

_____**Avaliação dos Padrinhos de 5º Passo:** _____

_____**Avaliação dos “Anjos”:** _____

_____**Avaliação dos “mais novos”:** _____

_____**Avaliação da equipe:** _____

_____**Sugestões e reclamações:** _____

ANEXO K – Regulamento do dia de visita para familiares da CTNJ

1. As visitas mensais são absolutamente obrigatórias e necessárias para o bom desenvolvimento do programa de recuperação da Comunidade.
2. Somente poderão participar das visitas aquelas pessoas que tenham frequentado grupos de apoio para familiares de dependentes químicos, e que tragam em mãos os comprovantes de frequência mínima de duas participações mensais.
3. As visitas serão realizadas a cada 3º Domingo de cada mês. Se o ingresso acontecer até uma semana após a visita, o residente terá direito à visita no mês seguinte, do contrário somente poderá receber visita na segunda visita em que participe.
4. As visitas começarão a partir das 9:00hs.; será realizada a Celebração Religiosa e Graduação às 11:00hs., e o almoço comunitário será às 13:00hs. A visita culminará às 18:30hs.
5. Deve-se comparecer antes do início da Celebração Religiosa e pede-se que se retirem somente após as 17:00hs.
6. Serão permitidas até cinco (5) pessoas adultas (maiores de 12 anos) por família em cada visita. As crianças podem participar da visita, mas não se incluem neste número.
7. A Comunidade fornecerá o almoço, e será cobrada uma taxa de R\$ 10,00 por pessoa (a partir de 7 anos de idade). Nesta taxa não se inclui o residente.
8. É absolutamente obrigatória a participação de todos os visitantes na Celebração Religiosa, independentemente da religião de cada um, por se tratar de uma atividade do cronograma.
9. Os visitantes devem zelar pelo cumprimento dos horários do dia de visita, dirigindo-se imediatamente aos locais de atividades quando for dado o sinal.
10. É rigorosamente proibida a entrada de bebidas alcoólicas e/ou drogas na Comunidade, assim como a participação de visitantes que estejam sob o efeito de álcool e/ou drogas. Qualquer falha neste sentido representará a proibição da participação do visitante em todas as próximas visitas.
11. As cartas, dinheiro ou qualquer volume que seja trazido para o residente deve ser encaminhado para a coordenação, e nunca devem ser entregues diretamente ao residente.
12. Os visitantes podem trazer doces e outros alimentos para o residente. Pede-se que seja trazida uma quantia que possa ser repartida com todos os outros membros da casa.
13. Pede-se às visitantes do sexo feminino o maior cuidado com a vestimenta. É proibido comparecer com mini-saias, shorts, roupas decotadas ou transparentes.
14. Os fumantes deverão respeitar a casa, sabendo que é proibido fumar dentro da mesma.
15. É proibido colher qualquer tipo de hortaliça, assim como as frutas.
16. É proibida a utilização de telefones celulares pelos residentes, salvo com autorização específica da coordenação.
17. É terminantemente proibido manter qualquer tipo de relação sexual durante o dia de visita, e isto inclui também os residentes casados. Informamos que qualquer falha neste sentido implicará a mesma penalidade do item nº 10.
18. O residente não poderá dirigir o carro da família (ou qualquer outro tipo de veículo) durante o dia de visita.
19. É proibido sair da área da Comunidade sem a devida autorização feita pela coordenação.
20. Pede-se aos familiares que procurem não trazer problemas desnecessários para o residente, evitando comentários que desestimulem a sua estadia na Comunidade. Na dúvida, recorra à coordenação.
21. Antes de retirar-se, a família deve efetuar os pagamentos referentes à mensalidade e refeições. Este pagamento será realizado quando a família for chamada para o atendimento particular, o que acontecerá por ordem de tempo de casa dos residentes.

Obs.: Pedimos a todas as famílias que zelem para cumprir com todas estas exigências básicas, para que o dia de visita possa ser desfrutado por todos. Lembramos também, que o tratamento é bilateral, isto significa que, para que aconteça a recuperação, devem acontecer mudanças de ambos os lados.

Muito obrigado: A coordenação.

ANEXO L – Relatório de avaliação de visita da CTNJ**1) Situações de risco espontâneas**

- ✓ *Me encontrei sem querer com parceiros de ativa?*
- ✓ *Qual a minha atitude para com eles?*
- ✓ *Tive contato com álcool e/ou drogas sem intenção prévia?*
- ✓ *Qual a minha atitude?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

2) Situações de risco provocadas

- ✓ *Me encontrei propositadamente com parceiros de ativa?*
- ✓ *Por quê?*
- ✓ *Qual a minha atitude para com eles?*
- ✓ *Entrei em locais de ativa (bares, bocas, etc.)?*
- ✓ *Para que?*
- ✓ *O que eu fiz nesses locais?*
- ✓ *Frequentei baladas, barzinhos e outros sem uma companhia apropriada?*
- ✓ *Me deparei diretamente com droga quando poderia tê-lo evitado?*
- ✓ *Qual a minha atitude nesse momento?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

3) Mentiras

- ✓ *Menti em algum momento durante este dia?*
- ✓ *Me beneficieei de alguma forma com mentiras, invenções, distorções ou omissões?*
- ✓ *Realizei alguma atividade de forma escondida, estive com alguém ou fui a algum local que não possa contar?*
- ✓ *Assumi alguma mentira ou omissão que possa ter feito anteriormente?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

4) Busca espiritual individual

- ✓ *Fiz algum tipo de meditação ou reflexão?*
- ✓ *Me preocupei com as minhas atitudes para com os outros?*
- ✓ *Procurei ser coerente com os meus sentimentos, não indo contra o que eu mesmo sinto, não fazendo as coisas apenas para agradar os outros?*
- ✓ *Sinto que tive algum progresso na minha vida espiritual?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

5) Participação religiosa

- ✓ *Participei de algum evento religioso?*
- ✓ *Fiz orações individuais?*
- ✓ *Fiz algum tipo de leitura de cunho religioso?*
- ✓ *Estive em companhia de pessoas da minha Igreja?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

6) Participação em grupos de apoio e/ou outros

- ✓ *Frequentei grupos de apoio, NA, AA, ou outros?*
- ✓ *Estive em companhia de pessoas que participam destes grupos?*
- ✓ *Procurei me informar do local, data e horários destas reuniões?*
- ✓ *Fui convidado a participar destes grupos?*

- ✓ *Qual a minha resposta?*
- ✓ *Tenho verdadeiro interesse em participar destes grupos?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

7) Emoções descontroladas

- ✓ *Senti as variações próprias da Euforia/Depressão?*
- ✓ *Tive muita raiva ou reações violentas sem motivos aparentes, ou de forma desproporcional aos fatos ocorridos?*
- ✓ *Fiquei triste, desanimado, desmotivado, sem motivos aparentes, ou de forma desproporcional aos fatos ocorridos?*
- ✓ *Tive pensamentos obsessivos ou comportamentos compulsivos?*
- ✓ *Tive alguma frustração que me abalou exageradamente?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

8) Problemas relacionados com o Retorno de 5º Passo

- ✓ *Li o meu Retorno de 5º Passo durante a visita?*
- ✓ *Mostrei meu Retorno de 5º para alguém, fazendo os devidos comentários?*
- ✓ *Como foi essa conversa? Pude expor os meus sentimentos de maneira diferente ao acostumado?*
- ✓ *Pude identificar no meu dia-a-dia algum dos problemas relacionados no Retorno de 5º Passo?*
- ✓ *Pude detectar as principais emoções que me descontrolam, encontradas neste Retorno?*
- ✓ *Sinto que tive algum avanço nestes pontos?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

9) Ação Positiva do Retorno de 5º Passo

- ✓ *Pude realizar algumas das ações relacionadas como positivas no Retorno de 5º Passo?*
- ✓ *Qual o efeito destas ações?*
- ✓ *Qual a maior dificuldade para agir desta forma?*
- ✓ *O que poderia ter feito de diferente para enfrentar estes momentos?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

10) Relacionamento com a família (de origem e constituída)

- ✓ *Como tratei a minha mãe, pai e irmãos?*
- ✓ *Como fui tratado por eles?*
- ✓ *O que poderia ter feito diferente com eles?*
- ✓ *O que poderia ter feito que deixei de fazer?*
- ✓ *De quais atitudes me arrependo?*
- ✓ *Quais atitudes foram iguais às de ativa?*
- ✓ *Quais foram novas, próprias da minha recuperação?*
- ✓ *Estive realmente presente com eles, ou apenas cumpri com uma obrigação?*
- ✓ *Tenho vontade de estar com eles na minha próxima visita?*
- ✓ *O que sinto que eles acharam desta semana de visita?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

As mesmas perguntas agora para esposa e filhos.

11) Relação com mulheres (sexual e não sexual)

Se for casado ou estiver num relacionamento estável:

- ✓ *Como foi o relacionamento com a minha mulher?*
- ✓ *A tratei bem e fui bem tratado?*
- ✓ *O que gostaria que ela tivesse feito que não fez?*
- ✓ *O que eu poderia ter feito que deixei de fazer?*
- ✓ *A vida sexual foi satisfatória para ambos?*
- ✓ *Quais problemas tivemos neste sentido?*
- ✓ *Traí minha mulher durante a visita?*
- ✓ *Por quê? Com quem?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

Se não for casado ou não estiver num relacionamento estável:

- ✓ *Sai de visita focado em arrumar uma mulher como um dos objetivos principais?*
- ✓ *Me expus a situações de risco para poder conhecer uma mulher?*
- ✓ *Conheci alguém durante esta visita? Quem? Como foi o encontro?*
- ✓ *Falei sobre a minha doença?*
- ✓ *Senti algum tipo de preconceito? Como me senti com isto?*
- ✓ *Mantive relações sexuais? Usei camisinha, anticoncepcionais e/ou outros?*
- ✓ *Como foi o meu desempenho sexual? Fiquei satisfeito? Satisfiz a minha parceira?*
- ✓ *O que poderia ter sido diferente?*
- ✓ *Pretendo iniciar um relacionamento duradouro com esta mulher? Por quê?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

12) Relação com trabalho

Se estiver empregado:

- ✓ *Visitei o meu local de trabalho?*
- ✓ *Como fui recepcionado?*
- ✓ *Como me senti no local?*
- ✓ *Sinto que o meu serviço está seguro, ou me sinto arriscado a perdê-lo?*
- ✓ *Trabalhei durante esta visita?*
- ✓ *Como me senti fazendo isto?*
- ✓ *Como foi a minha relação com os companheiros de serviço?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

Se estiver desempregado:

- ✓ *Tive a procura de serviço como um dos objetivos principais nesta visita?*
- ✓ *Procurei serviço? Achei?*
- ✓ *Como me senti fazendo isto?*
- ✓ *Falei sobre a minha doença?*
- ✓ *Senti algum tipo de preconceito? Como me senti com isto?*
- ✓ *Tive frustrações nesta busca? Como reagi a elas?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

13) Relação com dinheiro

- ✓ *Tive acesso a dinheiro durante a visita? Quem forneceu?*
- ✓ *O dinheiro que tive esteve de acordo com as minhas expectativas?*
- ✓ *Em que gastei o dinheiro?*
- ✓ *Foi produtivo ou me arrependo de ter gastado nessas coisas?*
- ✓ *Poderia ter economizado ou gastado em algo mais produtivo?*

- ✓ *Tive atitudes compulsivas em relação a compras?*
- ✓ *Comprei alguma coisa escondido da família?*
- ✓ *Tive vontade de comprar álcool e/ou drogas quando peguei o dinheiro?*
- ✓ *Me senti diferente quando estava com dinheiro, como sensação de poder e autonomia, por exemplo?*
- ✓ *Tive algum tipo de briga ou discussão com a minha família por causa de dinheiro? Por quê? Como foi?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

14) Tempo livre, lazer

- ✓ *Tive muito tempo livre? Insuficiente, satisfatório ou mais do necessário?*
- ✓ *Como ocupei este tempo?*
- ✓ *Com quem estive neste tempo?*
- ✓ *Procurei atividades saudáveis e produtivas para este tempo, ou apenas deixei o tempo correr?*
- ✓ *Quanto tempo passei na frente da TV?*
- ✓ *Fiz algum tipo de leitura ou estudo neste tempo?*
- ✓ *Tive atitudes compulsivas neste tempo?*
- ✓ *Deu vontade de usar álcool e/ou drogas neste tempo?*
- ✓ *O que poderia ter evitado fazer?*
- ✓ *O que poderia ou deveria ter feito e não fez?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

15) Novas amizades

- ✓ *Conheci pessoas novas durante a visita?*
- ✓ *Em que lugares?*
- ✓ *Como foi o primeiro contato?*
- ✓ *Falei sobre a minha doença?*
- ✓ *Senti algum tipo de preconceito? Como me senti com isto?*
- ✓ *O que me atraiu nelas?*
- ✓ *Voltei a procurar estas pessoas novamente?*
- ✓ *Tenho a intenção de procurá-las nas próximas visitas?*
- ✓ *Acho que seria melhor evitá-las, já que podem me colocar em situações de risco?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

16) Alimentação

- ✓ *Como foi a minha alimentação durante a visita?*
- ✓ *Comi normalmente, menos que o meu normal ou exageradamente?*
- ✓ *Tive algum comportamento compulsivo em relação ao alimento?*
- ✓ *Tive vontade de comer alguma coisa a qual não tive acesso?*
- ✓ *Como a minha família se comportou a este respeito? Fizeram todos os meus gostos ou não ligaram muito para isto?*
- ✓ *Exagerei em algum alimento, principalmente doce?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*

17) Sono

- ✓ *Consegui dormir normalmente durante a visita?*
- ✓ *Tive problemas de insônia ou dificuldade para acordar pela manhã?*
- ✓ *Dormi mais que o necessário?*
- ✓ *Onde dormi? Quem escolheu o local?*

- ✓ *Dormi na frente da TV todos os dias?*
- ✓ *Quais foram as minhas últimas atividades antes do sono?*
- ✓ *Tive algum sonho marcante durante a visita?*
- ✓ *O que poderia ser mudado na próxima visita em relação a este ponto?*