



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

**Pablo Andrés Kurlander Perrone**

**FATORES PROGNÓSTICOS PARA O ABANDONO  
PRECOCE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO  
ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS EM UMA  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Bo-  
tucatu, para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Florence Kerr-Corrêa

**Botucatu**  
**2014**

Pablo Andrés Kurlander Perrone

FATORES PROGNÓSTICOS PARA O ABANDONO  
PRECOCE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DO  
ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS EM UMA  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Bo-  
tucatu, para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Florence Kerr-Corrêa

Botucatu  
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Kurlander, Pablo Andrés.

Fatores prognósticos para o abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em uma comunidade terapêutica / Pablo Andrés Kurlander. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Florence Kerr-Corrêa

Capes: 40602001

1. Usuários de drogas. 2. Comunidade terapêutica. 3. Crack (Droga). 4. Álcool. 5. Saúde pública - Administração.

Palavras-chave: Abandono; Comunidade terapêutica; Dependência de álcool e drogas; Prognóstico; Tratamento.

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço em primeiro lugar ao meu Poder Superior,  
que me inspirou a cada passo desta estrada  
e me deu forças para continuar atravessando as dificuldades.*

*Agradeço a todos os dependentes químicos que passaram por minha vida  
nestes 19 anos de recuperação e trabalho,  
por terem sido a inspiração para tentar melhorar a cada dia,  
e por terem confiado a mim uma parte de suas vidas.*

*Agradeço aos familiares  
que confiaram seus seres queridos ao meu cuidado  
durante um período crítico de suas vidas,  
por terem me dado a coragem de arriscar o impossível.*

*Agradeço a toda a equipe da Comunidade Terapêutica Nova Jornada,  
por ter colaborado incansavelmente em cada etapa deste projeto,  
assim como por contribuir para o constante aprimoramento do nosso trabalho.*

*Agradeço à minha Orientadora  
Prof<sup>ª</sup> Dra<sup>a</sup> Florence Kerr-Corrêa  
por ter me dado a chance de iniciar este projeto,  
por exigir de mim constante aprimoramento e superação,  
e por ter me mostrado que ainda tenho muito a aprender.*

*Agradeço à Prof<sup>ª</sup> Maria Cristina Pereira Lima  
pelas contribuições que enriqueceram meu trabalho,  
e ao Prof<sup>º</sup> José Eduardo Corrente  
pela inestimável ajuda na análise estatística.*

*Agradeço aos meus pais  
por terem me apoiado a cada momento de minha vida,  
e por terem me dado a chance  
de conhecer a Comunidade Terapêutica.*

*Agradeço à minha esposa Bebel  
por compreender minhas ausências  
durante o período de elaboração deste trabalho,  
e por estar sempre a meu lado  
me dando motivos para querer ser cada dia melhor.*

*Agradeço aos meus filhos,  
Paula e Gabriel,  
por iluminar a minha vida  
e me mostrar que o amor  
supera qualquer barreira.*

*Dedico este trabalho  
ao adicto que ainda sofre,  
para que um dia possa descobrir  
que existe fim para seu sofrimento.*

## LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AE – Amor-Exigente

ATCA – *Australasian Therapeutic Communities Association* (Associação Australiana de Comunidades Terapêuticas)

CONEM – Conferência Nacional de Ética Médica

CT – Comunidade Terapêutica

CTNJ – Comunidade Terapêutica Nova Jornada

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DQ – dependente químico

DQa – dependência química

EUA – Estados Unidos da América

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

FIO CRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas

LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MLA – Movimento de Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NA – Narcóticos Anônimos

NIDA – *National Institute on Drug Abuse* (Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas)

OMS – Organização Mundial da Saúde

RP – Reforma Psiquiátrica

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime* (Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime)

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos comparando conclusão e abandono do tratamento na CT.....	42
<b>Tabela 2</b> - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos comparando abandono não precoce e abandono precoce do tratamento na CT.....	46
<b>Tabela 3</b> - Avaliação das características relacionadas à dependência comparando conclusão e abandono do tratamento na CT.....	52
<b>Tabela 4</b> - Avaliação das características relacionadas à dependência comparando abandono não precoce e abandono precoce do tratamento na CT.....	54
<b>Tabela 5</b> - Teste Tukey para abandono por variável categorizada Preso (sim/não) e variável contínua tempo de permanência no tratamento na CT.....	56
<b>Tabela 6</b> - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) comparando conclusão e abandono do tratamento na CT, e por principal substância de abuso.....	58
<b>Tabela 7</b> - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) comparando abandono não precoce e abandono precoce do tratamento na CT, e por principal substância de abuso.....	59
<b>Tabela 8</b> - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) por tempo (em anos) de uso.....	62
<b>Tabela 9</b> - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) por idade.....	62
<b>Tabela 10</b> - Teste Tukey para Escala HAD depressão por tempo de permanência (dias) no tratamento na CT e tempo de uso (anos).....	63
<b>Tabela 11</b> - Avaliação de gravidade da dependência para dependência de álcool (SADD) comparando a conclusão e o abandono do tratamento na CT.....	64
<b>Tabela 12</b> - Avaliação de gravidade da dependência para dependência de álcool (SADD) comparando o abandono não precoce e o abandono precoce do tratamento na CT.....	64
<b>Tabela 13</b> - Variáveis que entraram e saíram do modelo de análise multivariada para finalização = abandono.....	65
<b>Tabela 14</b> - Resultado da análise multivariada para finalização = abandono.....	65
<b>Tabela 15</b> – Principais frequências de resposta afirmativa para o questionário QARA.....	66

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Equipe da CTNJ.....	28
<b>Quadro 2</b> - Comparação das características sociodemográficas e relacionadas à dependência das amostras do LENAD família e II LENAD com os da CTNJ.....	71
<b>Quadro 3</b> - Comparação das características sociodemográficas e relacionadas à dependência das amostras da pesquisa da FIOCRZ e da CTNJ.....	73

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma de distribuição do Programa de estágio extracurricular da CTNJ.....	30
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Frequência de abandono do tratamento para o primeiro semestre de 2013, antes da implantação do programa de Triagem e Acolhimento, e para o segundo semestre de 2013, durante e após a implantação do programa.....	34
<b>Gráfico 2</b> - Proporção de abandonos e abandonos precoces do tratamento na CTNJ.....	39
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição de ansiedade e depressão - Escala HAD.....	56
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição de ansiedade por principal substância de abuso - Escala HAD.....	61
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição de depressão por principal substância de abuso - Escala HAD.....	61
<b>Gráfico 6</b> - Resultado da aplicação do Questionário de avaliação das razões para o abandono do tratamento na CT (QARA).....	67

## RESUMO

A presente pesquisa investiga os diferentes fatores que podem ser prognósticos para o tempo de permanência de dependentes de álcool e drogas em tratamento em uma Comunidade Terapêutica, assim como para o abandono, considerando que o tempo de tratamento inferior a três meses e o abandono são fatores prognósticos para a recidiva. Para isto foi realizado um estudo longitudinal num grupo de dependentes de álcool e drogas em tratamento numa Comunidade Terapêutica, visando avaliar as condições sociodemográficas, gravidade da dependência e a presença de ansiedade e depressão no início do tratamento. O desfecho do tratamento foi avaliado a partir de uma variável contínua (tempo de permanência - dias) e uma categorizada (abandono - conclusão). Foram também avaliados, de forma univariada e multivariada, os diferentes fatores que podem estar associados a estas duas variáveis, buscando compreender melhor o que colabora com o abandono precoce do tratamento (menos de 90 dias de permanência) e, conseqüentemente, com a recidiva. A pesquisa contou com 91 sujeitos, dos quais 67 (74,0%) abandonaram o tratamento, sendo 45 (67,0%) dos casos abandono precoce. As principais faixas etárias foram 25-35 anos (38,5%) e 36-50 anos (29,7%). Em relação a outros dados sociodemográficos, 41,7% foram solteiros, 72,5% com baixo nível de escolaridade, 36,3% estavam trabalhando antes da internação, 65,0% de classe média, 54,9% brancos, 44,0% evangélicos/protestantes e 41,7% católicos. A principal droga de abuso foi o crack (60,4%), seguida do álcool (33,0%). 41,8% relataram tempo de uso de 11 a 20 anos, 75,8% foram tabagistas, 30,8% usavam medicação psicoativa ao ingressar ao tratamento e 67,0% relataram haver outros dependentes de álcool e drogas na família de convivência. 52,7% tiveram outras internações em Comunidade Terapêutica, 19,8% já estiveram na mesma Comunidade Terapêutica deste estudo e 38,5% já tinham sido presos. Em relação à presença de ansiedade e depressão no início do tratamento, índices baixos foram encontrados, sendo o escore "provável" em 19,0% para ansiedade e 7,0% para depressão. As associações estatisticamente significativas encontradas na avaliação do qui-quadrado ( $p < 0,05$ ) foram "Classe social" e "Trabalhando antes da internação" para "abandono", e "HAD depressão" para "abandono precoce". Na regressão multivariada somente a variável "Trabalhando antes da internação" apresentou significância ( $p < 0,05$ ). Na avaliação das razões para o abandono do tratamento, o desejo de retornar ao trabalho (96,3%) e a crença na espiritualidade como fator de proteção (83,3%) foram as principais respostas. Chegou-se à conclusão de que a construção de crenças disfuncionais em relação ao trabalho e à espiritualidade podem contribuir com o abandono do tratamento e, possivelmente, com a recidiva. É necessária a realização de um estudo em um grupo maior a fim de detectar outras variáveis que possam se associar ao abandono do tratamento, considerando que se estas variáveis puderem ser compreendidas e detectadas precocemente, muitos casos de abandono poderiam ser prevenidos, e assim o programa de tratamento teria maior sucesso.

**Palavras chaves:** Comunidade Terapêutica, dependência de álcool e drogas, tratamento, abandono, prognóstico.

## ABSTRACT

*The present paper aims investigate the different factors that can be prognostics to time of permanence of alcohol and drugs dependents in treatment on a Therapeutic Community, as well as to dropout, considering that time of treatment lower than three months and dropout are prognostic factors to relapse. For this longitudinal study was conducted in a group of alcohol and drugs dependents in treatment on a Therapeutic Community, to evaluate the sociodemographic characteristics, severity of dependence and the presence of anxiety and depression at start of treatment. The treatment outcome was assessed using a continuous variable (time of permanence – days) and a categorized (dropout - conclusion). The different factors that can be associated to this two variables have been assessed, univariate and multivariate form, aiming better comprehension what collaborates with early dropout (less than 90 days of permanence) and, consequently, to recurrence. The survey had 91 subjects, of whom 67 (74.0%) dropped out of treatment, with 45 (67.0%) cases of early dropout. The main age ranges were 25-35 years old (38.5%) and 36-50 years old (29.7%). Regarding other socio-demographic data, 41.7% were single, 72.5% with low education level, 36.3% were working before admission, 65.0% middle class, 54.9% white, 44.0% evangelical/protestant and 41.7% catholic. The main drug of abuse was crack (60.4%), followed by alcohol (33.0%). 41.8% reported time of use between 11 to 20 years, 75.8% were smokers, 30.8% used psychoactive medication at entering in treatment and 67.0% reported alcohol and other drugs dependents in the family of cohabitation. 52.7% had other admissions in Therapeutic Community, 19.8% have been in the same Therapeutic Community of this study and 38.5% had been arrested. Regarding the presence of anxiety and depression at the beginning of treatment, low levels have been found, being the “probable” score on 19.0% for anxiety and 7.0% for depression. Statistically significant associations found in the assessment of the chi-square test ( $p < 0.05$ ) were “social class” and “Working before admission” to “dropout” and “HAD depression” to “early dropout”. In multivariate regression only the variable “Working before admission” presented significance ( $p < 0.05$ ). In assessing the reasons to dropout, the desire to return to work (96.3%) and the belief in spirituality as a protection factor (83.3%) were the main responses. It has been concluded that the construction of dysfunctional beliefs about work and spirituality can contribute to dropout, and possibly with relapse. Is necessary the achievement of a study on a larger group to detect other variables that may be associated with dropout, considering that if these variables can be understood and early detected, many cases of dropout could be prevented, and thus the treatment program would have greater success.*

**Keywords:** *Therapeutic Community, alcohol and drug dependence, treatment, dropout, prognosis.*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>Comunidades Terapêuticas e a Reforma Psiquiátrica</b> .....	13
<b>O abandono do tratamento na Comunidade Terapêutica</b> .....	15
<b>1. OBJETIVOS</b> .....	21
1.1 Objetivo geral.....	21
1.2 Objetivos específicos.....	21
<b>2. HIPÓTESES</b> .....	22
<b>3. MÉTODO</b> .....	23
3.1 Cenário .....	23
3.1.1 <i>Caracterização e critérios de admissão</i> .....	23
3.1.2 <i>Características do tratamento</i> .....	25
3.1.3 <i>Critérios de desligamento e readmissão</i> .....	27
3.1.4 <i>Equipe</i> .....	28
3.1.5 <i>Recursos financeiros</i> .....	31
3.2 Delineamento.....	32
3.3 Sujeitos.....	32
3.3.1 <i>Adequações metodológicas da CTNJ a partir da análise de resultados do abandono</i> .....	33
3.4 Instrumentos .....	34
3.4.1 <i>Questionário de dados gerais e sociodemográficos (Anexo H)</i> .....	34
3.4.2 <i>Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) – (Anexo I)</i> .....	35
3.4.3 <i>SADD (Short alcohol dependence data) – (Anexo J)</i> .....	36
3.4.4 <i>Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA) – (Anexo K)</i> .....	37
3.5 Análise estatística.....	38
3.6 Considerações éticas .....	38
<b>4. RESULTADOS</b> .....	39
4.1 Características sociodemográficas .....	39
4.2 <i>Características relacionadas à dependência</i> .....	50
3.3.3 <i>Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD)</i> .....	56
3.3.4 <i>Avaliação de gravidade da dependência para dependência de álcool (SADD)</i> .....	63
3.3.5 <i>Análise multivariada</i> .....	64
3.3.6 <i>Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA)</i> .....	65
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	68

<b>6.1 Limitações do estudo</b> .....	68
<b>6.2 Comparação da amostra da CTNJ com as amostras da UNIFESP e da FIOCRUZ</b> .	69
<b>6.2.1 II LENAD e LENAD família (UNIFESP)</b> .....	69
<b>6.2.2 Pesquisa FIOCRUZ</b> .....	71
<b>6.3 Abandono do tratamento e poliuso de SPAs</b> .....	73
<b>6.4 Abandono do tratamento e gravidade da dependência</b> .....	74
<b>6.5 Abandono do tratamento e comorbidades (ansiedade e depressão)</b> .....	75
<b>6.6 Abandono do tratamento e idade</b> .....	76
<b>6.7 Abandono do tratamento e escolaridade</b> .....	77
<b>6.8 Avaliação das razões para o abandono do tratamento</b> .....	77
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	83
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	84
<b>ANEXOS</b> .....	99
<b>Anexo A – Enxoval básico</b> .....	100
<b>Anexo B – Regulamento interno</b> .....	101
<b>Anexo C – Termo de compromisso</b> .....	102
<b>Anexo D – Regulamento de visita para familiares</b> .....	103
<b>Anexo E – Autorização de uso de imagens</b> .....	104
<b>Anexo F – Cronograma semanal de trabalho CTNJ</b> .....	105
<b>Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	106
<b>Anexo H – Questionário de avaliação sociodemográfica</b> .....	107
<b>Anexo I – Avaliação do nível de ansiedade e depressão – Escala HAD</b> .....	109
<b>Anexo J – SADD (<i>Short alcohol dependence data</i>)</b> .....	110
<b>Anexo K – Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA)</b> .....	112
<b>Anexo L – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	113
<b>Anexo M – Autorização da CTNJ para uso de dados de prontuário</b> .....	114

## INTRODUÇÃO

### Comunidades Terapêuticas e a Reforma Psiquiátrica

Na segunda metade do século passado iniciava-se um movimento revolucionário no cenário mundial da saúde mental: a Reforma Psiquiátrica (RP). Este movimento visava a mudança na forma de tratar o portador de transtornos mentais, propondo tratamentos mais humanizados. No Brasil o movimento de RP deu origem ao Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), que se tornou o seu estandarte principal (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007; TENORIO, 2002; JORGE, 1997; AMARANTE, 1995).

Segundo Tenório (2002) o movimento da RP no Brasil iniciou-se na década de 1980, tendo como marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco.

Este movimento de quebra de paradigmas fundamentais da psiquiatria deu a luz o MLA (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007), criado a partir do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que aconteceu em Bauru, SP, em 1987, quando foi redigido o Manifesto de Bauru, considerado o seu documento de fundação.

As bases deste movimento são claras e concisas, porém muito complexas em sua prática, principalmente face à hegemonia dos modelos hospitalocêntricos tradicionais incrustados na cultura e no imaginário popular.

Vários autores (VECCHIA; MARTINS, 2009; TENORIO, 2002; COSTA-ROSA; LUIZIO; YASUI, 2001; AMARANTE, 1995) afirmam que a base conceitual da RP focaria três princípios norteadores básicos: *desospitalização*, *desinstitucionalização* e *singularização*.

*Desospitalização* seria, basicamente, o atendimento ao doente fora do ambiente hospitalar, como afirmam Costa-Rosa; Luizio; Yasui (2001). Busca-se com isto substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada.

A *Desinstitucionalização* é um conceito mais abrangente que, segundo Saraceno; Ascoli; Tognoni (1994, p. 32) “consiste em trabalhar para eliminar a realidade e a cultura institucional [...] e suas consequências: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional, seja dos pacientes, seja dos que cuidam deles”.

*Singularização* seria, segundo Tenório (2002), uma forma de tratar o doente mental de acordo com as suas características e necessidades pessoais, fugindo da lógica asilar capitalista de massificação.

No mesmo momento nascia a proposta de trabalho das Comunidades Terapêuticas (CTs) Psiquiátricas, que oferecia um tratamento mais humanizado para os doentes mentais, no qual estes pudessem tornar-se agentes do seu próprio processo. Maxwell Jones, psiquiatra norte-americano idealizador do modelo de CT, 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).

Este movimento das CTs Psiquiátricas, original de Maxwell Jones, teria se desdobrado, a partir da década de 1960, no trabalho de recuperação de DQs, tendo-se tornado atualmente uma das modalidades mais procuradas para a recuperação da DQa, tanto no Brasil como em muitas partes do mundo, em detrimento dos antes tradicionais tratamentos de base medicamentosa hospitalar, como afirmam De Leon (2008) e Fracasso (2008).

Estruturadas nos EUA na década de 1960 (TIMS; JAINCHILL; DE LEON, 1994) e existindo no Brasil há quase 50 anos, baseiam-se geralmente nos princípios dos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos (AA, 2012a; AA, 2012b) assim como nos 12 Princípios do Amor Exigente (AE, 2012; YORK; YORK; WACHTEL, 1989). Este tipo de tratamento foi consagrado no Brasil pelo Padre Haroldo J. Rahm, SCJ, com início na cidade de Campinas, SP, e hoje sede da FEBRACT (FEBRACT, 2012; FUNDAÇÃO..., 2009; FRACASSO, 2008; RAHM, 1996).

Atualmente as CTs possuem uma modalidade de trabalho diferenciada de grande parte das formas de tratamento existentes até o momento, muito escassas por sinal. Isto se confirma pelo fato de que, no momento, segundo as pesquisas realizadas pela SENAD (2013) e pela UNIAD (2013), praticamente 85% das internações para dependentes de álcool e outras drogas no Brasil são realizadas em CTs, o que evidencia a relevância nacional desta modalidade de atendimento.

Por outro lado, com o alarmante crescimento deste problema no Brasil, assim como pela ausência de políticas públicas que dessem conta do mesmo, houve uma indiscriminada proliferação de locais de internação para dependentes químicos (DQs) que, mesmo se autodenominando como CTs, em nada se assemelham ao modelo inicial proposto.

Estes locais apresentam muitas vezes práticas desumanas e iatrogênicas, muito semelhantes as criticadas pela RP e o MLA, o que tem provocado o descrédito de muitos para com o modelo das CTs.

Por este motivo, a proposta das CTs no Brasil foi discutida pelo Ministério da Saúde em sua “Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2003), assim como pela Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001 (BRASIL, 2001), e regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2001), em sua RDC 101/2001, dando forma e conteúdo oficial a um movimento de repercussão mundial que oferecia um modelo diferenciado de tratamento para o flagelo do momento.

Mais tarde esta regulamentação da ANVISA foi substituída pela RDC 29 (ANVISA, 2011), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, direcionando o modelo de assistência em saúde mental.

O movimento das CTs no Brasil tem sofrido severas críticas ao longo da última década, assim como muitas denúncias e rigorosas fiscalizações, como a realizada em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia, em seu Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CFP, 2011), referente aos locais de internação para usuários de drogas, realizado em 24 Estados mais o DF, num total de 68 instituições, tendo-se deparado com inúmeras irregularidades e imperdoáveis práticas desumanas e iatrogênicas, que em muito se assemelhavam às práticas dos primeiros Hospitais Psiquiátricos, combatidos pelo movimento primitivo da RP, assim como pelo MLA no Brasil.

Por isso é importante salientar que embora em sua origem histórica, conceitual e metodológica, o movimento das CTs tenha muitas mais semelhanças do que diferenças com o proposto pela RP e o MLA, na prática, pelo menos no Brasil, a realidade é diferente, principalmente pela falta de regulamentação dos locais de internação para DQs, o que tem contribuído com o descrédito de muitos para com o modelo das CTs.

### **O abandono do tratamento na Comunidade Terapêutica**

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

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

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

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

Sendo assim, este trabalho abordará a análise de dois dos aspectos mais relevantes e de difícil prevenção e abordagem dentro da CT: o baixo tempo de permanência e o abandono do tratamento.

Esta é uma questão tão urgente e recorrente que pode ser observada até mesmo durante as consultas iniciais, como mostrou um estudo sobre consultas com usuários de cocaína nos EUA, de Festinger et al. (1995). Os resultados mostram que 83% compareceram às consultas marcadas no mesmo dia, 57% às marcadas para as 24 horas seguintes, e menos de 35% (menos da metade dos agendamentos para o mesmo dia) compareceram quando o intervalo entre o agendamento e a consulta era de sete dias.

O abandono precoce, aquele que acontece antes dos 90 dias de tratamento, é, para muitos autores (NIDA, 2012; SURJAN; PILLON; LARANJEIRA, 2012; SÁNCHEZ-HERVÁS et al., 2010; DE LEON, 2008; GOÑI, 2008; DOMINGUEZ-MARTÍN, 2008; FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006; RAVNDAL; VAGLUM; LAURITZEN, 2005; GOÑI, 2005; ATCA, 2002; CORTÉS, 2001; SIMPSON; JOE; BROOME, 2002; GOTI, 1990; DE LEON, SHWARTZ, 1984; JONES, 1972; RODRIGUÉ, 1965), uma indiscutível e inevitável realidade no que diz respeito ao tratamento para a dependência de álcool e drogas, afirmando que normalmente apenas 20 a 40% dos dependentes de álcool e drogas concluem os tratamentos iniciados.

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

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

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

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

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

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

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

O abandono, por si mesmo, já se configura como um assunto relegado da observação empírica, considerando que pode haver resistências em observar e, principalmente, avaliar o

possível fracasso do trabalho. Talvez por este motivo boa parte dos autores tenha tentando 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. Isto explicaria por que a literatura disponível a este respeito – tanto nacional quanto internacional – é notoriamente escassa, resumindo-se a alguns poucos autores que tentam, exaustivamente, compreender este fenômeno tão complexo e singular.

Estatisticamente falando, Fiorini (2004) comentou que o problema do abandono nas psicoterapias em geral – não necessariamente para os casos de DQa – tem uma magnitude inquietante, chegando a atingir de 30,0% a 65,0% dos casos, com uma ampla gama de variáveis intervenientes.

Uma revisão de estudos espanhóis e norte-europeus (RAVNDAL; VAGLUM; LAURITZEN, 2005) mostrou que apenas entre 20,0% e 40,0% dos dependentes de álcool e drogas completam o tratamento, indiferentemente de serem “debutantes” ou “veteranos”<sup>1</sup>.

Já Goñi (2008), no seu estudo na CT “*Proyecto Hombre*”<sup>2</sup>, de Navarra, Espanha, afirmou 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. Também constatou que este abandono tem maior probabilidade de acontecer nos três primeiros meses do tratamento, e que 32,8% dos desistentes voltou a procurar o programa de tratamento e reingressou na CT.

Dominguez-Martín et al. (2008), em seu estudo em um *Centro público de Atención a Drogodependencias* (CAD 4) em Madrid, Espanha, dispositivo semelhante aos Centros de Atenção Psicossocial especializados em álcool e drogas (CAPS ad) do Brasil, observaram que mais de 41,0% dos pacientes abandonaram o tratamento antes de completar o terceiro mês.

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

Em relação às motivações destes abandonos, Dominguez-Martín et al. (2008) relataram que quase um terço da sua amostra abandonou o tratamento por ter alcançado, ao seu próprio ver, resultados positivos suficientes, sendo que estes resultados não foram ratificados pelos profissionais da sua equipe. Isto foi denominado por eles como “melhora autodecidida”,

---

<sup>1</sup> “Debutantes” seriam aqueles que se encontram em tratamento pela primeira vez, e “veteranos” os reincidentes.

<sup>2</sup> Esta CT teria sido, segundo Goti (1990), o primeiro modelo de CT a chegar à Europa, tendo sido iniciada primeiramente na Itália, com o nome de *Proyecto Uomo*.

sendo que isto aconteceria com uma incidência de mais de 40,0% entre o segundo e terceiro mês de tratamento.

Goñi (2008), na pesquisa acima citada, chegou a resultados semelhantes. Segundo ele, quase 50,0% dos residentes que abandonaram o tratamento relatou considerar que já tinha atingido os seus objetivos terapêuticos, e que o álcool e a droga já não seriam um problema em sua vida<sup>3</sup>.

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

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

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

Já no que diz respeito às comorbidades, para vários autores (RIBEIRO, 2012; ALVES; KESSLER; RATTO, 2004; TERRA, 2005; TERRA; FIGUEIRA; ATHAYDE, 2003) a ansiedade e a depressão são as duas principais comorbidades encontradas no DQ, podendo afetar a adesão ao tratamento e aumentar a probabilidade de recidiva (ALMEIDA; MONTEIRO, 2011). Por este motivo uma avaliação inicial e sequencial dos sintomas destas se faz necessária, como uma forma de avaliar tanto o desenvolvimento do paciente em tratamento quanto os riscos de abandono.

Tudo isto faz com que as dificuldades do dependente de álcool e drogas em permanecer e completar o tratamento constituam uma problemática específica, diferenciada e contida na questão maior, que é a recuperação da dependência de álcool e drogas. Por este motivo faz-se necessário identificar os principais fatores prognósticos, a fim de poder, no futuro, oferecer alternativas suficientemente capazes de diminuir os índices de abandono precoce do tratamento, principalmente no âmbito das CTs, objeto deste estudo.

---

<sup>3</sup> Este seria o segundo maior motivo de abandono relatado pelos pacientes entrevistados. O primeiro seria a inadequação com o programa e, principalmente, com as regras e limites impostos pelo mesmo.

Segundo consta no site Descritores em Ciências da Saúde (DECS, 2014, grifo nosso), prognóstico é a “predição do provável resultado de uma doença baseado nas *condições do indivíduo* e no *curso normal da doença* como observado em situações semelhantes”. Por isto, ao referir-se este estudo aos fatores prognósticos para o abandono, não busca estabelecer necessariamente uma relação de causa e efeito, mas sim de probabilidade de desfecho (abandono e abandono precoce) de acordo com características específicas.

As *condições do indivíduo* seriam as características analisadas neste estudo (sociodemográficas e relacionadas à dependência), e o *curso normal da doença* seria justamente o que este estudo pretende avaliar. A *doença* neste estudo seria o abandono e o abandono precoce, e o *curso normal* seria definido pela presença dos fatores prognósticos.

Para este fim, foi desenvolvido um estudo de coorte num grupo de dependentes de álcool e drogas em tratamento numa CT do interior do Estado de São Paulo (CTNJ), que atende dependentes do sexo masculino, em regime de internação voluntária, por um período máximo de nove meses, visando avaliar as condições sociodemográficas, gravidade da dependência e presença de ansiedade e depressão no início do tratamento. Este grupo foi acompanhado até o desfecho (conclusão, abandono, exclusão do tratamento), a fim de avaliar os fatores que poderiam ter incidido em cada caso, considerando também, nos casos de abandono, o tempo de permanência dentro da CT.

Esperou-se, com isto, encontrar fatores que possam ser prognósticos para o abandono ou o abandono precoce do tratamento. Isto poderia colaborar com a detecção precoce dos pacientes que teriam maior risco de apresentar estes desfechos, visando futuramente desenvolver estratégias de prevenção dos mesmos durante o período inicial do tratamento.

## 1. OBJETIVOS

### 1.1 Objetivo geral

Identificar os fatores prognósticos para o abandono e o abandono precoce (anterior a 90 dias) de dependentes de álcool, crack e outras drogas em tratamento numa CT, considerando os dados sociodemográficos, a gravidade da dependência e a presença de ansiedade e depressão no início do tratamento.

### 1.2 Objetivos específicos

- a) *Analisar* as características sociodemográficas da população estudada, e verificar a associação com o abandono e o abandono precoce do tratamento.
- b) *Analisar* as características da dependência da população estudada, e verificar a associação com o abandono e o abandono precoce do tratamento.
- c) *Analisar* a gravidade da dependência da população estudada, e verificar a associação com o abandono e o abandono precoce do tratamento.
- d) *Analisar* a presença de ansiedade e depressão no início do tratamento na população estudada, e verificar a associação com o abandono e o abandono precoce do tratamento.

## 2. HIPÓTESES

O abandono e o abandono precoce estariam associados a:

- a) os adultos jovens;
- b) os dependentes de crack;
- c) os sujeitos com baixa escolaridade;
- d) os que iniciaram o tratamento utilizando medicação psicoativa;
- e) os que tiveram internações anteriores;
- f) os que se reinternaram na CTNJ;
- g) os que apresentaram maiores índices de ansiedade e depressão no início do tratamento;
- h) os que se avaliaram muito positivamente.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Cenário

Antes de caracterizar mais profundamente a CT onde foi realizado o presente estudo, as suas principais características são as seguintes:

- CT rural masculina no interior do Estado de São Paulo;
- entidade sem fins lucrativos;
- possui critérios definidos de ingresso e permanência;
- tratamento de caráter voluntário;
- duração de 9 meses;
- ecumênica;
- equipe mista;
- diferencial da CT:
  - programa de estágio em Psicologia e Serviço Social;
  - programa de pesquisa continuada;
  - material de estudo produzido na própria CT.

##### *3.1.1 Caracterização e critérios de admissão*

Estudou-se uma CT, a Comunidade Terapêutica Nova Jornada (CTNJ), que é “uma entidade que atende dependentes químicos (DQs) do álcool e das drogas, do sexo masculino, entre 18 e 65 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*<sup>4</sup>” (CTNJ, 2013a, p. 1).

Todos os candidatos devem apresentar evidências de sanidade mental suficiente para seguir as normas da CT e conviver em grupo para poderem ser admitidos. Caso haja algum problema de comorbidade com transtorno mental, este deve estar sob controle por tratamento psiquiátrico. Não são admitidos indivíduos com transtornos mentais graves e não controlados por tratamento medicamentoso, podendo ser admitidos indivíduos com transtornos de humor

---

<sup>4</sup> Refere-se às modalidades de atendimento residencial, onde a moradia no local da intervenção é prevista.

e ansiedade, desde que controlados (transtorno bipolar estabilizado, depressão, síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, distmia).

Os candidatos devem submeter-se a uma triagem de avaliação, consistente em, pelo menos, uma entrevista preliminar, na qual é avaliado pela equipe de triagem o pedido de internação, visando os critérios mínimos de admissão, sendo estes:

- ter idade entre 18 e 65 anos;
- ser do sexo masculino;
- ser dependente do álcool, crack e/ou de outras drogas;
- solicitar voluntariamente a internação;
- não possuir transtornos psicóticos;
- não possuir deficiências físicas ou mentais que impeçam a autonomia;
- não ser portador de doenças que comprometam a convivência no mesmo ambiente (Ex.: tuberculose, hanseníase, etc.). Casos de HIV e Hepatite C são aceitos.

Os candidatos devem 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
- RX de Tórax
- Exame dentário

No dia da internação o candidato deve levar consigo todos os itens constantes no Anexo Básico (Anexo A) recebido na Entrevista, e deve assinar o Regulamento Interno (Anexo B) e o Termo de Compromisso (Anexo C) juntamente com os seus familiares, que também deverão acompanhar o Regulamento de Visita para Familiares (Anexo D). A CTNJ disponibiliza no seu site ([www.novajornada.org.br](http://www.novajornada.org.br)), assim como na sua página de rede social ([www.facebook.com/novajornada](http://www.facebook.com/novajornada)), fotos de eventos e atividades várias, sendo que o candidato e os familiares devem primeiro consentir e assinar um termo de autorização para esta finalidade (Anexo E).

### **3.1.2 Características do tratamento**

O objetivo principal do tratamento é estacionar o ciclo da DQa, recuperar o indivíduo moral, física, social e emocionalmente, assim como também preparar a sua família para recebê-lo eficientemente ao concluir o tratamento.

O tratamento tem uma duração mínima de nove meses, salvo em casos específicos nos quais pode estender-se o prazo de permanência. Isto pode ocorrer principalmente por dois motivos:

- apresentar recorrentemente comportamentos não compatíveis com a etapa do programa de recuperação em que se encontre;
- uso de álcool/drogas durante as visitas de ressocialização.

No primeiro caso, o residente foi abordado pela equipe de trabalho da CTNJ em diversas ocasiões antes da prorrogação do tratamento, sem apresentar melhoras consideráveis, motivo pelo qual se compreende que o mesmo não se encontra apto para iniciar a seguinte etapa, ou para receber alta do tratamento.

No segundo, caso a família do residente participa, com a equipe técnica da CT, da avaliação da visita de ressocialização, e junto com esta se avalia a possibilidade de ter havido uso de álcool/drogas. Caso seja confirmado este fato, o residente permanece mais dois meses na CT para então reiniciar o processo de ressocialização.

O período básico de nove meses se divide em 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 CT, desintoxicação física (inicial) das Substâncias Psicoativas (SPAs), assim como também uma recuperação dos danos psicológicos e sociais causados pela dependência.

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 o desenvolvimento afetivo-emocional, assim como a aquisição de um maior grau de maturidade pelo residente. Através da conscientização da doença, dos chamados “defeitos de caráter” e da chamada “derrota total perante a doença” – citados nos 12 Passos estudados na CT – e, conseqüentemente, da necessidade de mudança, se consegue a reconstrução da vida.

Nos três últimos meses se vivencia a terceira etapa, a ressocialização, que consiste no retorno progressivo à sociedade. Durante estes três meses finais o residente realiza uma visita mensal de uma semana à família (ou outros) para poder avaliar a evolução do tratamento, assim como a maturidade adquirida durante os meses anteriores. Esta etapa também é importante para a família, que também se preparou 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, através do Programa de Prevenção à Recaída e dos 12 Passos para Graduados, desenvolvidos pelo Coordenador da CTNJ e autor desta pesquisa.

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 (FEBRACT, 2012).

A CTNJ é uma entidade Ecumênica, sem uma denominação religiosa específica, e por tanto diversos grupos religiosos – católicos, evangélicos e espíritas – desenvolvem atividades com os residentes.

As atividades terapêuticas propostas dentro do cronograma de trabalho (Anexo F) são as seguintes, sendo que algumas destas não constam no cronograma, por não possuírem data e hora específica, como os Cursos Profissionalizantes, Ioga e Reiki:

- Laborterapia
- Reuniões de estudo dos 12 Passos (adaptados pelo Coordenador da CTNJ)
- Reuniões de estudo sobre DQa
- Reunião de confronto e Reunião de autoajuda
- Dinâmicas de grupo
- Reunião de avaliação grupal
- Reunião de sentimento
- Atividades religiosas

- Atendimento psicoterapêutico e orientação familiar
- Cursos profissionalizantes
- Educação física
- Ioga
- Reiki

### **3.1.3 Critérios de desligamento e readmissão**

Como já foi dito, o tratamento na CTNJ é voluntário, ou seja, o residente pode abandoná-lo quando desejar, de acordo com os protocolos da instituição.

O residente também pode ser desligado (excluído) do tratamento, e de acordo com o Regulamento Interno (Anexo B), existem alguns motivos para isto acontecer, relacionados aqui por ordem de relevância:

- uso de álcool/drogas dentro da CT ou durante as visitas de ressocialização<sup>5</sup>;
- práticas sexuais de qualquer espécie, com outros residentes ou com visitantes<sup>6</sup>;
- agressão física ou ameaças e agressões verbais constantes<sup>7</sup>;
- roubos;
- recusa constante de atendimento à disciplina.

Os residentes poderão ser readmitidos no programa de tratamento da CTNJ, seguindo os seguintes critérios:

- em caso de **graduação seguida de recaída**, o candidato poderá ser readmitido imediatamente, caso haja vaga disponível;
- em caso de **abandono voluntário** do programa, o candidato será readmitido somente após seis (6) meses da data do abandono<sup>8</sup>;

---

<sup>5</sup> Quando acontecer o uso de álcool/drogas durante as visitas de ressocialização, o residente permanecerá dois meses na CT até iniciar novamente o processo de ressocialização. Caso o uso de álcool/drogas aconteça novamente o residente poderá ser desligado do programa de tratamento.

<sup>6</sup> Mesmo se tratando de residentes casados, não podem manter nenhum tipo de relação sexual dentro das dependências da CT.

<sup>7</sup> No caso de agressão física, uma única vez é suficiente para o residente ser desligado do programa de tratamento, no caso das ameaças e agressões verbais, o residente será abordado pela equipe e receberá orientação e alguma consequência negativa por causa deste comportamento, mas se reincidir frequentemente poderá ser desligado do tratamento.

- em caso de **desligamento** (exclusão), cada caso será avaliado separadamente, sendo que a CTNJ se reserva o direito de não readmitir o candidato ao programa de recuperação, sendo que para os casos favoráveis à readmissão, o tempo mínimo de espera será o mesmo dos casos de abandono voluntário;
- em caso do candidato **já ter sido readmitido anteriormente**, o procedimento será o mesmo dos casos de exclusão.

### 3.1.4 Equipe

A equipe da CTNJ é do tipo mista, ou seja, está composta por profissionais e dependentes em recuperação (monitores), além dos voluntários diversos. Esta modalidade de formação da equipe de trabalho é a que obteria melhores resultados, segundo diversos autores (FRACASSO; LANDRE, 2012; DE LEON, 2008; GOÑI, 2008; CONDELLI; DE LEON, 1993; GOTI, 1990; JONES, 1972; RODRIGUÉ, 1965).

Quadro 1 - Equipe da CTNJ

Remunerados		Voluntários	
Psicólogo (Coordenador Geral)	1	Psicólogos	2
Psicólogo (Acolhimento)	1	Estagiários de Psicologia	20
Estagiários de Psicologia	4	Estagiários de Serviço Social	2
Assistente Social	1	Advogado (Assistente Jurídico)	1
Monitor Externo	1	Enfermeira	1
Monitores Internos	4	Web Designer	1
Estagiário (Monitor Interno)	1	Professor Reiki	1
Consultor de 12 Passos	1	Professora Ioga	1
		Professor Educação Física	1
		Voluntários de grupos religiosos	30
		Professor Programa de Alfabetização Continuada	1
		Terapeuta Ocupacional	1

<sup>8</sup> Este tempo de 6 meses foi estipulado por dois motivos: primeiro para tentar desmotivar o abandono do tratamento, não facilitando a reinternação; segundo para que o grupo tenha se renovado, considerando que o grupo de residentes da CT é sempre rotativo.

Além de preencher muitos dos critérios básicos da modalidade de CT, a CTNJ possui alguns diferenciais importantes de serem citados, já que fazem com que o tratamento seja diferenciado de outras CTs, dentre estes:

- material de estudo produzido dentro da CTNJ (12 Passos, 12 Passos para graduados, Apostila de estudos sobre dependência de álcool e drogas, Programa de prevenção à recaída);
- diversos instrumentos terapêuticos de rotina desenvolvidos dentro da CTNJ (Guia de 4º, 5º, 8º, 9º e 10º Passo, Retorno de 5º Passo, Retorno de 9º Passo, Guia de confronto, Retorno de confronto, Relatório de avaliação de visita de ressocialização para residentes, Relatório de avaliação de visita de ressocialização para familiares);
- programa de estágio curricular e extracurricular de Psicologia;
- programa de estágio curricular de Serviço Social;
- programa de pesquisa continuada.

Os materiais produzidos dentro da CTNJ orientam o tratamento de forma singular, fazendo com que algumas das experiências que o residente vivencia ao longo do tratamento sejam diferentes das que experimentaria em modalidades diferentes de CT.

CTNJ é também campo de estágio para estudantes de Psicologia. O estágio curricular de Psicologia acontece em parceria com uma Instituição de ensino superior local, através do qual são realizados grupos de treinamento em habilidades sociais, grupos de pais e filhos e grupos de sexualidade. Estes grupos acontecem durante o período letivo, com alunos do 4º e 5º ano, com supervisão do Professor responsável e Co-supervisão do Coordenador da CTNJ.

O estágio extracurricular é realizado em parceria com a mesma instituição, e é supervisionado pelo Coordenador da CTNJ. Está constituído por três estagiários remunerados (Orientadores) e 18 estagiários voluntários (Colaboradores), divididos em 9 duplas, como mostra a Figura 1. O tempo mínimo de duração é de um ano.

Os Orientadores devem ter passado por um ano de treinamento como Colaboradores, devem estar cursando pelo menos o 4º ano do curso, e têm uma carga horária de 20h semanais.

Os Colaboradores devem estar cursando pelo menos o 3º ano do curso e serem indicados pelo Coordenador do Curso de Psicologia da instituição parceira. Devem comparecer na

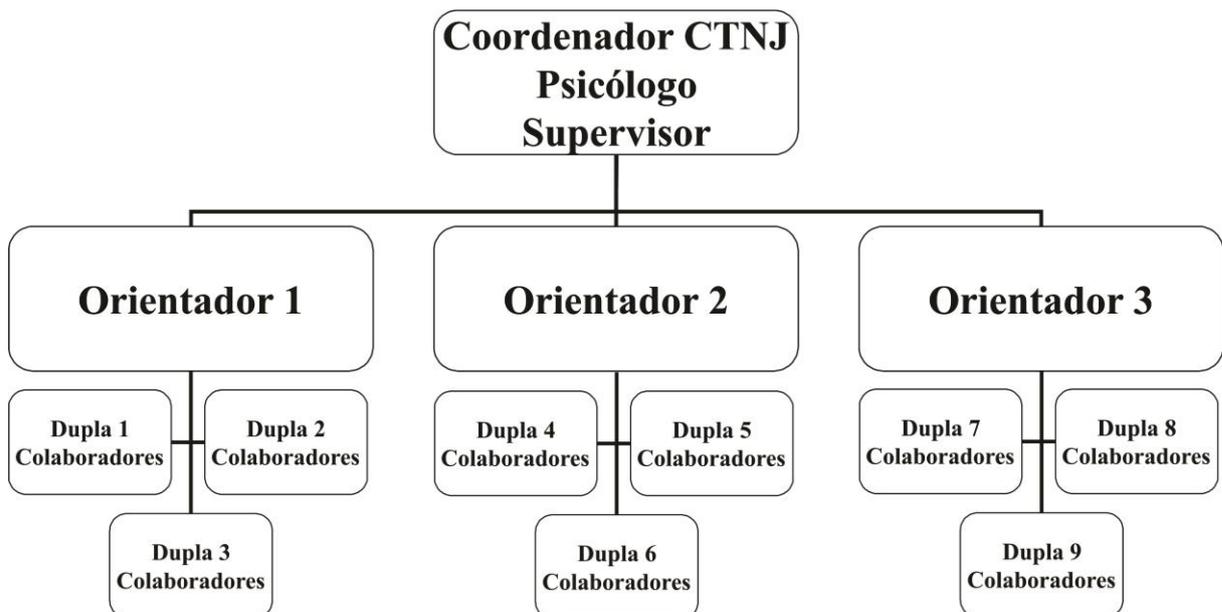
CTNJ de 2h a 3h semanais, com avaliação semanal pelo Orientador e supervisão mensal com o Coordenador da CTNJ.

Cada Orientador é responsável por 1/3 do grupo da CT, aproximadamente 15 residentes, e também pela co-supervisão de três duplas de Colaboradores, que participam do atendimento do seu grupo, sendo aproximadamente cinco residentes para cada dupla.

Os Orientadores realizam atendimento individual e grupal, participam das reuniões de estudo e das reuniões de equipe, da elaboração do plano individual de atendimento junto ao Coordenador, assim como dos Grupos de apoio a familiares e os grupos externos de Prevenção à recaída. Também participam do programa de pesquisa continuada da CTNJ, colaborando na aplicação de diversos instrumentos de avaliação que fazem parte da rotina da instituição, assim como no treinamento dos Colaboradores para a aplicação destes mesmos instrumentos.

Os Colaboradores atuam na aplicação de diversos instrumentos de avaliação, sendo treinados pelos Orientadores. São utilizados por eles alguns instrumentos validados nacional e internacionalmente, e outros elaborados pelo Coordenador da CTNJ, com a finalidade de alimentar o Banco de Dados da CTNJ (2013b), visando ter informações completas do perfil dos atendidos, assim como do seu desenvolvimento durante e após o tratamento.

**Figura 1 - Fluxograma de distribuição do Programa de estágio extracurricular da CTNJ**



O estágio curricular de Serviço Social consiste na realização de entrevistas de avaliação e triagem com candidatos à internação e seus familiares; atendimento e orientação aos familiares durante o tratamento; participação do Grupo de apoio para familiares; acompanhamento externo e busca ativa dos residentes que abandonaram ou concluíram o tratamento (pessoal, telefônico ou por meio eletrônico) para atualização das estatísticas de recuperação; visitas domiciliares a familiares de residentes; busca e contato de familiares próximos com os que o residente tenha perdido contato; realização dos procedimentos necessários para a obtenção de documentos; pesquisa científica em DQa e CT, sob supervisão do Coordenador da CTNJ.

### ***3.1.5 Recursos financeiros***

Os recursos necessários para a manutenção do trabalho da entidade provêm das seguintes fontes:

- doações espontâneas em materiais ou em dinheiro;
- pagamento de mensalidades por parte dos familiares dos atendidos que possuam condições econômicas para isto, sendo que este não é um critério de admissibilidade. O valor máximo é equivalente a um salário mínimo, sendo que pode ser inferior a este, até chegar a vagas gratuitas<sup>9</sup>. Todos os casos são avaliados previamente pela Assistente Social da CTNJ;
- parcerias com Prefeituras da região, que arcam com as despesas geradas pelos municípios encaminhados, através das Secretarias locais de referência<sup>10</sup>;
- promoção de eventos geradores de renda, como festas e rifas, por exemplo.

---

<sup>9</sup> A distribuição dos residentes por valor de pagamento é aproximadamente a seguinte: 15% valor máximo, 65% valores inferiores, 20% vagas gratuitas.

<sup>10</sup> A CTNJ assinou em 30/12/13 o “Contrato de prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa” com o SENAD, a nível Federal (Edital de Chamamento Público nº 001/2013 - SENAD/MJ) através do qual convenia 25 vagas, e se encontra em processo de conveniar mais 25 vagas a nível Estadual através do Programa Recomeço.

### 3.2 Delineamento

Foi realizado um estudo longitudinal num grupo de dependentes de álcool/drogas em tratamento em uma CT, avaliando o desfecho através de uma variável contínua (tempo de permanência no tratamento) e duas variáveis categorizadas: finalização (abandono/conclusão do tratamento) e tipo de abandono (abandono precoce/não precoce do tratamento).

### 3.3 Sujeitos

A técnica de amostragem foi não probabilística, sendo a amostra selecionada por conveniência. Segundo Oliveira (2001) a amostragem não probabilística “é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo”.

Ainda segundo a mesma autora, a amostragem por conveniência é um método no qual o pesquisador seleciona sua amostra dentre os casos que têm à disposição. É frequentemente utilizada para geração de ideias em pesquisas exploratórias, como uma base para geração de hipóteses e para estudos conclusivos onde se aceitam os riscos da imprecisão dos resultados.

Este método apresenta limitações em relação aos seus resultados e conclusões, já que não podem ser generalizados com confiança, mas podem ser muito úteis para o início de investigações mais profundas.

Assim, a população estudada foi composta por todos os residentes que ingressaram na CTNJ desde setembro de 2012 até fevereiro de 2014, desde que tenham saído do tratamento até esta data última, seja por conclusão ou abandono, cujas características estão apresentadas abaixo.

A população final contabilizou 91 sujeitos, dos quais 24 (26,5%) concluíram o tratamento e 67 o abandonaram (73,5%). Foram desconsiderados desta pesquisa aqueles residentes que foram desligados do programa de tratamento (n=16)<sup>11</sup>. Não houve recusa a participar da mesma.

---

<sup>11</sup> Os motivos de desligamento foram os seguintes: 1 foi preso durante o tratamento por processos anteriores em andamento; 1 por tentar manter relações sexuais com outro residente; 4 por ter feito uso de álcool/drogas (destes, 1 foi durante a visita de ressocialização e os demais fizeram uso quando um deles conseguiu ingressar na CT com maconha); 4 por recusa constante de atendimento à disciplina, sendo que em 3 destes casos foram detectadas comorbidades incompatíveis com a permanência na CT; 4 por agressão física, sendo que em 2 destes casos foram detectadas comorbidades incompatíveis com a permanência na CT; 2 por ter apresentado comorbidades incompatíveis com a permanência na CT.

Todos os sujeitos foram convidados para participar da pesquisa e após aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G) antes do início dos procedimentos.

### ***3.3.1 Adequações metodológicas da CTNJ a partir da análise de resultados do abandono***

De acordo com as estatísticas internacionais (NIDA, 2012; SURJAN; PILLON; LARANJEIRA, 2012; SÁNCHEZ-HERVÁS et al., 2010; DE LEON, 2008; GOÑI, 2008; DOMINGUEZ-MARTÍN, 2008; FONTES; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006; RAVNDAL; VAGLUM; LAURITZEN, 2005; GOÑI, 2005; CORTÉS, 2001; SIMPSON; JOE; BROOME, 2002) aqueles que conseguem concluir o tratamento constituem entre 20% a 40% dos casos, o que mostra que a frequência apresentada pela CTNJ (26%) está dentro dessa faixa.

Como mesmo assim a frequência de abandono na CTNJ foi considerada elevada, aponta-se para o fato de que em fevereiro de 2013 a CTNJ assinou um Contrato Emergencial com a Prefeitura Municipal de Avaré, que administrava uma CT que fora interditada pela Vigilância Sanitária dias antes. Através deste Contrato todos os residentes que se encontravam na CT municipal foram transferidos para a CTNJ, assim como aqueles que se encontravam em lista de espera.

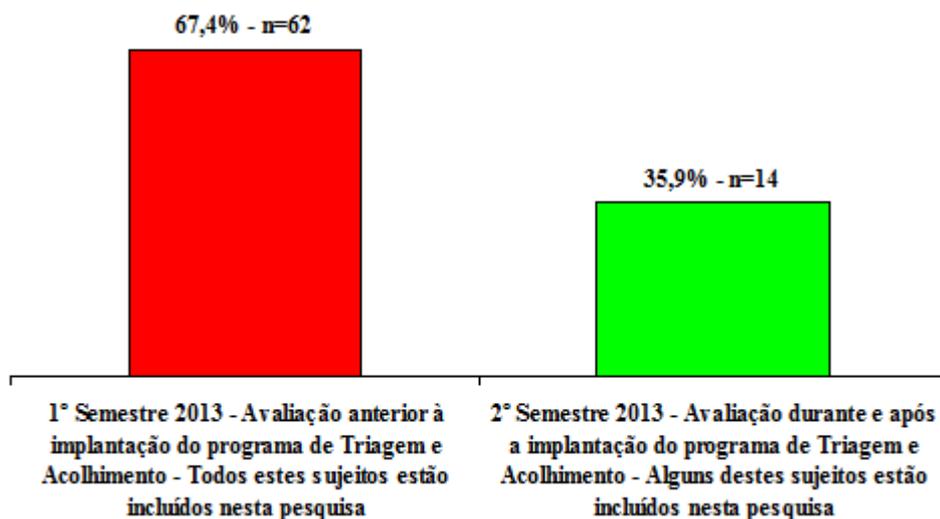
Este fato representou um significativo aumento no número de residentes na CTNJ, assim como grande dificuldade inicial em dar conta da nova demanda, principalmente no que diz respeito à triagem e acolhimento.

Após alguns meses de avaliação e constantes adequações, foi elaborado um programa de triagem e acolhimento destinado a dar conta deste público, para o qual foram contratadas e treinadas uma Assistente Social e uma Psicóloga.

Na avaliação dos resultados deste programa, realizada no período final de coleta de dados para a amostra desta pesquisa (fevereiro de 2014), ficou evidenciado o sucesso do mesmo. Foram avaliadas separadamente as frequências de abandono dos residentes que ingressaram no primeiro e no segundo semestre de 2013, e demonstrou-se que houve uma diminuição de 47% dos abandonos neste período.

Dos residentes que ingressaram no primeiro semestre de 2013 (n=92), 67,4% (n=62) abandonaram o tratamento, e apenas 35,9% (n=14) dos que ingressaram no segundo semestre (n=39), como mostra o Gráfico 1.

**Gráfico 1- Frequência de abandono do tratamento para o primeiro semestre de 2013, antes da implantação do programa de Triagem e Acolhimento, e para o segundo semestre de 2013, durante e após a implantação do programa**



Cabe considerar que esta frequência é dinâmica e pode aumentar, uma vez que há possibilidade de abandono por parte daqueles que ainda se encontram em tratamento. Considerando que a frequência de abandono não precoce da CTNJ é de 33%, haveria a possibilidade do abandono de mais 8 residentes dos 25 que permaneceram em tratamento, o que elevaria a frequência de abandono para 56,4% (n=22), representando uma diminuição de 16,2%. Mesmo não sendo este resultado satisfatório, se mostra promissor, considerando que é fruto de apenas 10 meses de adequação metodológica e operacional.

### 3.4 Instrumentos

#### 3.4.1 *Questionário de dados gerais e sociodemográficos (Anexo H)*

Trata-se de um questionário de avaliação inicial com o qual foram coletados os dados sociodemográficos da população desta CT, através do preenchimento deste questionário, constando: estado civil, escolaridade, cor referida, religião/espiritualidade, trabalho e classificação social a partir da renda e escolaridade do chefe da família (Critério Brasil, ABEP, 2013), na versão da atualização para 2014, que classifica a população em 7 estratos sociais, numerados de 1 a 7, sendo o Estrato 1 equivalente a “Alta classe alta” e o Estrato 7 equivalente a “Pobre e extremamente pobre”.

Estes estratos foram condensados em três classes (alta, média e baixa), considerando o baixo número de sujeitos. Para definir estas classes foi considerado: Classe Alta = estratos 1 e 2; Classe média = estratos 3 a 5; Classe baixa = estratos 6 e 7.

A variável escolaridade foi definida considerando nível Baixo até EM incompleto, e Alto a partir de EM completo.

Para a variável Categoria profissional foi utilizada a classificação de categoria profissional constante na Escala de Gravidade da Dependência (*Addiction Severity Index – ASI 6*) (Brasil, 2006). Esta escala consiste em 14 categorias diferentes, das quais somente 9 enquadraram as profissões dos sujeitos. As outras 5 foram omitidas por não haverem casos. Nesta variável 3 casos não definiram profissão nenhuma e 1 caso se definiu como “estudante”. N geral final = 87, n abandono = 65, e n abandono precoce = 44.

Este questionário foi aplicado no ato de ingresso ao tratamento, juntamente com a triagem inicial, sendo aplicado pela Assistente Social da CTNJ.

Também foi acessado o banco de dados da CTNJ (2013) para avaliar outros dados sociodemográficos e históricos em relação à dependência do álcool/drogas, tais como: tipos de drogas utilizadas e principal droga de abuso, internações anteriores, detenções com prisão, processos judiciais em andamento, uso de medicação psicoativa e presença de outros dependentes de álcool/drogas na família.

A categoria “Uso de medicação psicoativa no ingresso ao tratamento” se refere tanto àqueles que trouxeram receita médica prescrevendo a medicação quanto aos que se automedicavam. No caso destes últimos, foram encaminhados para a rede municipal de saúde mental e somente retomaram a medicação após avaliação e prescrição médica.

### **3.4.2 Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) – (Anexo I)**

A escala HAD contém 14 questões do tipo múltipla escolha, é composta de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada uma, como mostram Botega et al. (1995), cuja pontuação global em cada subescala (ansiedade e depressão) vai de 0 a 21.

As questões ímpares são referentes à ansiedade e as pares à depressão. O escore para cada subescala é: Improvável (0-7 pontos); Possível (8-11 pontos); Provável (12-21 pontos).

Essa escala foi primariamente desenvolvida para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral, e destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos e de humor em ambientes não psiquiátricos. É curta, podendo ser rapidamente preenchida – aproximadamente 10 minutos –, solicitando-se ao paciente que responda baseando-se em

como se sentiu durante a última semana. Para contornar problemas de baixa escolaridade, as questões devem ser lidas em voz alta.

Botega et al. (1995) esclareceram que a tradução da HAD para o idioma português foi realizada sob autorização de seus autores, por psiquiatras com treinamento no Reino Unido. Duas pessoas leigas, bilíngues, tendo o inglês como língua materna, retraduziram o instrumento para o inglês, chegando-se a um resultado final de consenso.

Esta avaliação foi realizada na primeira semana de tratamento pelos estagiários de Psicologia responsáveis pelo residente, devidamente treinados pelo Supervisor do Estágio, o autor desta pesquisa.

Uma das limitações desta avaliação é que ela avalia principalmente a última semana, motivo pelo qual dificilmente é aplicada no período prodromico ao abandono. Uma aplicação sequencial e com menor intervalo seria necessária para que os dados apresentados sejam efetivamente indicadores de comorbidade no momento do abandono.

### **3.4.3 SADD (*Short alcohol dependence data*) – (Anexo J)**

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

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

Assim como a Escala HAD, este questionário foi aplicado na primeira semana de tratamento pelos estagiários de Psicologia responsáveis pelo residente, devidamente treinados pelo Supervisor do Estágio, o autor desta pesquisa, aos residentes que relataram ser o álcool sua principal droga de abuso.

### ***3.4.4 Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA) – (Anexo K)***

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

Desenvolvido pelo autor desta pesquisa para uso de rotina na CTNJ, é fruto da observação de inúmeros casos de abandono em mais de 16 anos de trabalho. Durante este tempo foram observadas algumas razões muito recorrentes no discurso dos residentes que abandonavam o tratamento, e que conferem com as citadas pelos autores citados no início deste trabalho (SURJAM; PILLON; LARANJEIRA, 2012; SÁNCHEZ-HERVÁS, 2010; GOÑI, 2008; DOMINGUES-MARTÍN, 2008; FIORINI, 2004; CORTÉS, 2010). Considerando estes discursos foi elaborado este questionário, tentando reproduzir em linguagem simples o que a maioria dos residentes verbalizava ao abandonar o tratamento. Este tem se mostrado útil na prática diária da CTNJ, ajudando a perceber mais claramente o que colabora com a desistência dos residentes, assim como na elaboração de estratégias de prevenção ao abandono.

É um questionário autoaplicável que visa detectar os principais motivos autorreferidos que levam o residente a abandonar o tratamento, e consiste em 14 afirmações com possibilidade de resposta “sim/não”, sendo que todas as afirmações devem ser respondidas. A aplicação foi acompanhada tanto pela equipe técnica quanto pela equipe interna, ambas devidamente treinadas e supervisionadas, considerando que o abandono não é uma situação programada e, portanto, a aplicação teve que ser realizada por quem estivesse presente no momento.

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

As primeiras cinco afirmações se referem a dificuldades que o residente pode experimentar durante o tratamento, e que poderiam levá-lo a abandonar o mesmo. Por outro lado, para os casos de excesso de otimismo, a afirmação negativa destas questões pode colaborar para a construção do pensamento mágico ou, como as chama Serra (2013), crenças disfuncionais, que aparecem nas nove afirmações seguintes. Sendo assim, a afirmação positiva destas últimas pode representar a estrutura destas crenças disfuncionais que, por sua vez, poderão colaborar com o abandono do tratamento.

Foi aplicado a todos os sujeitos participantes que abandonaram o tratamento em qualquer momento do mesmo (74%). Se o abandono aconteceu no período da ressociação, foi tentado contato telefônico posterior a fim de realizar a aplicação deste questionário.

### 3.5 Análise estatística

Para a análise estatística dos dados coletados foi utilizado o *software* SAS for Windows versão 9.3.

Foram avaliados longitudinalmente três tipos de desfecho: o tempo de permanência, como variável contínua; o abandono do tratamento ou a conclusão (finalização), e o abandono precoce ou não precoce (tipo de abandono), como variáveis categorizadas.

Após o desfecho os resultados foram avaliados através do teste de qui-quadrado, para verificar as associações com significância estatística, os diferentes fatores que podem estar associados às variáveis categorizadas e que podem, por isto, ser fatores prognósticos das mesmas.

Foi realizado também o teste de médias, com Anova seguido de teste Tukey, para a variável contínua, ou Teste T para as duas categorizadas.

Finalmente foi realizada uma análise logística multivariada para as variáveis “finalização” (abandono/conclusão) e “tipo de abandono” (precoce/não precoce).

### 3.6 Considerações éticas

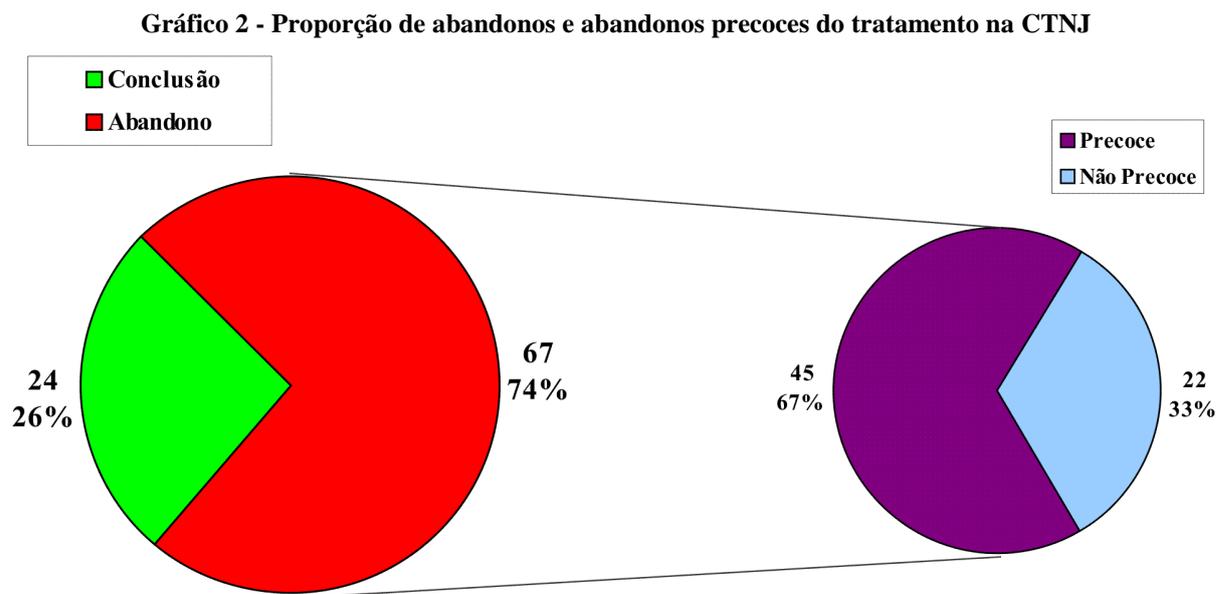
O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, que segue as determinações da Conferência Nacional de Ética Médica (CONEM), tendo sido aprovado em 03/12/2012, como mostra o Anexo L.

Só participaram aqueles que voluntariamente o quiseram; assim, assinaram um termo de consentimento, sendo assegurado o sigilo de suas respostas e a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem sanções ou prejuízo para seu tratamento.

Considerando que a CTNJ possui em sua rotina a aplicação dos instrumentos utilizados nesta pesquisa, e que a coleta de dados iniciou-se somente em dezembro de 2012 – após a aprovação do CEP –, para a inclusão dos sujeitos com ingresso em data anterior foi solicitada autorização de acesso a dados de prontuário (Anexo M). Cabe ressaltar que a coleta destes dados foi realizada pelas mesmas pessoas e nas mesmas condições em que foram aplicados os instrumentos durante esta pesquisa.

## 4. RESULTADOS

Dos 67 sujeitos que abandonaram, 45 (67,0%) abandonaram antes de 90 dias (abandono precoce), como mostra o Gráfico 2.



### 4.1 Características sociodemográficas

As Tabelas 1 e 2 mostram a caracterização sociodemográfica dos sujeitos, na qual se percebe uma prevalência de indivíduos com idade de 25 a 35 anos (38,5%), solteiros (41,7%), e com baixa escolaridade (72,5%), dado que se reforça pelo fato de apenas 2,2% dos sujeitos estarem estudando antes da internação. A Tabela 1 refere-se ao total dos sujeitos comparados com os que apresentaram o desfecho abandono, e a Tabela 2 mostra quantos dos que apresentaram abandono foram abandonos precoces.

Mais de um terço provêm de famílias com pais separados (37,4%) e estava trabalhando antes da internação (36,3%). As duas categorias profissionais que mais se destacaram foram: *Ocupações de produção de precisão, manufatura e conserto* (29,9%), que inclui mecânicos, pedreiros, pintores, eletricitas e outras áreas da construção civil, assim como açougueiros, padeiros e outros semelhantes e outros; e *Serviços gerais, limpeza de equipamentos, auxi-*

liar, operário (27,6%), que inclui serventes em geral, auxiliares gerais e auxiliares de construção.

A maioria foi de classe média (65,9%), brancos (54,9%) e pardos (36,3%). As religiões predominantes foram evangélica/protestante (43,9%) e católica (41,7%), e a maioria definiu sua prática religiosa como *Não frequente, porém oro/rezo ou acredito* (50,5%).

Em relação ao abandono e ao abandono precoce, considerando como referência a frequência geral descrita no Gráfico 2 (74,0% abandono e 67,0% abandono precoce), os residentes com idade entre 25 e 35 anos apresentaram maior frequência de abandono (85,7%), e os menores de 25 anos, maior frequência de abandono precoce (75,0%). Já os maiores de 50 anos tiveram maior frequência de abandono (81,8%), porém menor abandono precoce (55,5%).

Os casados abandonaram mais o tratamento (88,2%), e os separados/divorciados tiveram maior frequência de abandono (89,5%) e de abandono precoce (88,2%). Já os amasiados tiveram menor frequência de abandono (57,1%) e os solteiros mantiveram a frequência de abandono (65,8%) e abandono precoce (60,0%) semelhante à geral.

O nível de escolaridade e ser originário de famílias com pais separados não apresentou diferenças de proporção em relação à média.

Quem estava trabalhando ao ingressar no tratamento teve maior frequência de abandono (87,9%), sendo que esta variável foi estatisticamente significativa para o abandono no teste de qui-quadrado ( $p=0,02$ ). Três categorias profissionais apresentaram frequência diferente da média: quem pertenceu à categoria de *Especialidades profissionais e ocupações técnicas* teve menor frequência de abandono (58,3%) e menor frequência de abandono precoce (57,1%); e quem pertenceu às categorias *Ocupações de produção de precisão, manufatura e conserto* (80,8%) e *Ocupações de serviço, exceto empregados domésticos* (85,7%) apresentaram maior frequência de abandono do que a geral.

Em relação à classe social, a classe média obteve maior frequência de abandono (81,7%), e a classe alta maior abandono precoce (75,0%), enquanto que a classe baixa teve menor frequência de abandono (56,0%), sendo que esta variável foi estatisticamente significativa para o abandono no teste de qui-quadrado ( $p=0,05$ ).

A variável raça não apresentou divergências em relação aos valores médios de abandono e abandono precoce do tratamento.

Quanto à religião de preferência, quem respondeu não ter religião teve 100% de abandono, enquanto que quem respondeu o mesmo na questão da prática religiosa teve menor frequência de abandono (63,6%) e de abandono precoce (42,8%). Destacou-se a denominação

espírita, que teve menor frequência de abandono (50,0%), mas maior abandono precoce (100%) do que a geral.

Quem teve menor frequência religiosa (menos de uma vez por mês; até duas vezes por mês) teve maior frequência de abandono (81,8%; 83,3%) e de abandono precoce (77,8%; 80,0%). Já quem teve participação religiosa duas vezes por semana ou mais apresentou menor frequência de abandono precoce (57,1%) do que a geral (Gráfico 2).

Resumindo, embora a maioria estes dados não sejam estatisticamente significativos para  $p < 0,05$ , apresentaram:

- **maior frequência de abandono:** os residentes com idade entre 25 e 35 anos e os maiores de 50 anos; os residentes casados, separados e divorciados; os que trabalhavam ao ingressar ao tratamento; os pertencentes às categorias profissionais *Ocupações de produção de precisão, Manufatura e conserto e Ocupações de serviço, exceto empregados domésticos*; os de classe média; os que responderam não ter religião na questão referente à religião de preferência; os que tiveram baixa frequência de participação religiosa;
- **maior frequência de abandono precoce:** os residentes menores de 25 anos; os separados e divorciados; os de classe alta; os de denominação religiosa espírita e os que apresentaram baixa frequência de participação religiosa;
- **menor frequência de abandono** os residentes com idade entre 36 e 50 anos; os amasiados; os pertencentes à categoria profissional *Especialidades profissionais e ocupações técnicas*; os de classe baixa; os de denominação religiosa espírita e os que responderam não ter religião na questão referente à frequência da participação religiosa;
- **menor frequência de abandono precoce** os residentes maiores de 50 anos; os pertencentes à categoria profissional *Especialidades profissionais e ocupações técnicas*; os que responderam não ter religião na questão referente à frequência da participação religiosa e os que apresentaram alta frequência de participação religiosa.

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos comparando conclusão e abandono do tratamento na CT**

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
<b>Idade</b>						
< 25	19,8%	18	33,3%	6	66,7%	12
25 a 35	38,5%	35	14,3%	5	85,7%	30
36 a 50	29,7%	27	40,8%	11	59,2%	16
> 50	12,0%	11	18,2%	2	81,8%	9
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	41,7%	38	34,2%	13	65,8%	25
Casado	18,7%	17	11,8%	2	88,2%	15
União Estável	15,4%	14	42,9%	6	57,1%	8
Separado/divorciado	20,9%	19	10,5%	2	89,5%	17
Viúvo	3,3%	3	33,3%	1	66,7%	2
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	2,2%	2	50,0%	1	50,0%	1
EF incompleto	38,5%	35	25,7%	9	74,3%	26
EF completo	14,3%	13	23,1%	3	76,9%	10
EM incompleto	17,5%	16	12,5%	2	87,5%	14
EM completo	20,9%	19	42,1%	8	57,9%	11
ES incompleto	3,3%	3	-	-	100%	3
ES completo	3,3%	3	33,3%	1	66,7%	2

(cont.)

(cont.)

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
<b>Nível escolaridade</b>						
Baixo	72,5%	66	22,7%	15	77,3%	51
Alto	27,5%	25	36,0%	9	64,0%	16
<b>Pais separados</b>						
	37,4%	34	26,5%	9	73,5%	25
<b>Trabalhando antes da internação *</b>						
	36,3%	33	12,1%	4	87,9%	29
<b>Estudando antes da internação</b>						
	2,2%	2	50,0%	1	50,0%	1
<b>Categoria profissional</b>						
Especialidades profissio- nais e ocupações técnicas	13,8%	12	41,7%	5	58,3%	7
Ocupações de venda	4,6%	4	50,0%	2	50,0%	2
Ocupações de apoio ad- ministrativo e de escritó- rio	1,2%	1	-	-	100%	1
Ocupações de produção de precisão, manufatura e conserto	29,9%	26	19,2%	5	80,8%	21
Operadores de máquinas, montadores e inspetores	3,4%	3	-	-	100%	3
Ocupações de transporte e mudança	9,2%	8	37,5%	3	62,5%	5

(cont.)

(cont.)

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
Serviços gerais, limpeza de equipamentos, auxiliar, operário	27,6%	24	25,0%	6	75,0%	18
Ocupações de serviço, exceto empregados domésticos	8,0%	7	14,3%	1	85,7%	6
Trabalhadores rurais	2,3%	2	-	-	100%	2
<b>Estrato social</b>						
Estrato 1	2,2%	2	-	-	100%	2
Estrato 2	4,4%	4	50,0%	2	50,0%	2
Estrato 3	23,1%	21	14,3%	3	85,7%	18
Estrato 4	17,5%	16	12,5%	2	87,5%	14
Estrato 5	25,3%	23	26,1%	6	73,9%	17
Estrato 6	14,3%	13	38,5%	5	61,5%	8
Estrato 7	13,2%	12	50,0%	6	50,0%	6
<b>Classe social *</b>						
Alta	6,6%	6	33,3%	2	66,7%	4
Média	65,9%	60	18,2%	11	81,7%	49
Baixa	27,5%	25	44,0%	11	56,0%	14
<b>Raça</b>						
Branca	54,9%	50	24,0%	12	76,0%	38
Preta	5,5%	5	60,0%	3	40,0%	2
Parda	36,3%	33	17,3%	9	72,7%	24
Amarela (asiático, japonês)	2,2%	2	-	-	100%	2
Outros	1,1%	1	-	-	100%	1

(cont.)

(cont.)

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
<b>Religião</b>						
Não tem	5,5%	5	-	-	100%	5
Católica	41,7%	38	29,0%	11	71,0%	27
Evangélica/protestante	44,0%	40		9	77,5%	31
Espírita	6,6%	6	50,0%	3	50,0%	3
Afro-brasileira	1,1%	1	100%	1	-	-
Prejudicado/não sabe	1,1%	1	-	-	100%	1
<b>Prática religiosa</b>						
Não tenho prática religiosa	12,1%	11	36,4%	4	63,6%	7
Não frequento, porém oro/rezo ou acredito	50,5%	46	26,1%	12	73,9%	34
Frequento menos que 1x / mês	12,1%	11	18,2%	2	81,8%	9
Frequento pelo menos 2x / mês	6,6%	6	16,7%	1	83,3%	5
Frequento 1x / semana	7,7%	7	28,6%	2	71,4%	5
2x / semana ou mais	11,0%	10	30,0%	3	70,0%	7

\* p&lt;0,05

**Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos comparando abandono não precoce e abandono precoce do tratamento na CT**

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Idade</b>				
< 25	25,0%	3	75,0%	9
25 a 35	30,0%	9	70,0%	21
36 a 50	37,5%	6	62,5%	10
> 50	44,5%	4	55,5%	5
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	40,0%	10	60,0%	15
Casado	40,0%	6	60,0%	9
União Estável	37,5%	3	62,5%	5
Separado/divorciado	11,8%	2	88,2%	15
Viúvo	50,0%	1	50,0%	1
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	100%	1	-	-
EF incompleto	34,6%	9	65,4%	17
EF completo		-	100%	10
EM incompleto	42,9%	6	57,1%	8
EM completo	45,5%	5	54,5%	6
ES incompleto		-	100%	3
ES completo	50,0%	1	50,0%	1

(cont.)

(cont.)

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Nível escolaridade</b>				
Baixo	31,4%	16	68,6%	35
Alto	37,5%	6	62,5%	10
<b>Pais separados</b>	32,0%	8	68,0%	17
<b>Trabalhando antes da inter- nação</b>	37,6%	8	72,4%	21
<b>Estudando antes da internação</b>		-	100%	1
<b>Categoria profissional</b>				
Especialidades profissionais e ocupações técnicas	42,9%	3	57,1%	4
Ocupações de venda		-	100%	2
Ocupações de apoio administrativo e de escritório		-	100%	1
Ocupações de produção de precisão, manufatura e conserto	38,1%	8	61,9%	13
Operadores de máquinas, montadores e inspetores	32,3%	1	66,7%	2
Ocupações de transporte e mudança	10,0%	1	80,0%	4
Serviços gerais, limpeza de equipamentos, auxiliar, operário	22,2%	4	77,8%	14
Ocupações de serviço, exceto empregados domésticos	50,0%	3	50,0%	3
Trabalhadores rurais	50,0%	1	50,0%	1

(cont.)

(cont.)

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Estrato social</b>				
Estrato 1		-	100%	2
Estrato 2	50,0%	1	50,0%	1
Estrato 3	38,9%	7	61,1%	11
Estrato 4	35,7%	5	64,3%	9
Estrato 5	33,5%	4	76,5%	13
Estrato 6	12,5%	1	87,5%	7
Estrato 7	66,7%	4	33,3%	2
<b>Classe social</b>				
Alta	25,0%	1	75,0%	3
Média	32,7%	16	67,3%	33
Baixa	35,7%	5	64,3%	9
<b>Raça</b>				
Branca	36,9%	14	63,1%	24
Preta	50,0%	1	50,0%	1
Parda	29,2%	7	70,8%	17
Amarela (asiático, japonês)		-	100%	2
Outros		-	100%	1

(cont.)

(cont.)

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Religião</b>				
Não tem	40,0%	2	60,0%	3
Católica	33,2%	9	66,7%	18
Evangélica/protestante	35,5%	11	64,5%	20
Espírita		-	100%	3
Afro-brasileira		-	-	-
Prejudicado/não sabe		-	100%	1
<b>Prática religiosa</b>				
Não tenho prática religiosa	57,2%	4	42,8%	3
Não frequento, porém oro/rezo ou acredito	29,4%	10	70,6%	24
Frequento menos que 1x / mês	22,2%	2	77,8%	7
Frequento pelo menos 2x / mês	20,0%	1	80,0%	4
Frequento 1x / semana	40,0%	2	60,0%	3
2x / semana ou mais	52,9%	3	57,1%	4

---

Não houve associações estatisticamente significativas

#### ***4.2 Características relacionadas à dependência***

As Tabelas 3 e 4 mostram as características do grupo que podem influir na caracterização do estado da dependência, considerando dados significativos como principal droga de abuso, tempo de uso, tabagismo, uso de medicação psicoativa, presença de outros dependentes de álcool/drogas na família, outras internações anteriores em CT e internações anteriores na CTNJ, detenções com prisão e processos em andamento. A Tabela 3 refere-se ao total dos sujeitos comparados com os que apresentaram o desfecho abandono, e a Tabela 4 mostra quantos dos que apresentaram abandono foram abandonos precoces.

A principal droga de abuso na população estudada foi o crack (60,4%), e em segundo lugar o álcool (33,0%), embora muitos dos usuários de crack foram poliusuários.

O principal tempo de uso na população geral foi de 11 a 20 anos (41,8%), sendo que no caso dos dependentes de álcool o maior tempo de uso foi mais de 20 anos (25,2%), e no dos usuários de crack foi de 11 a 20 anos (51,0%).

A maior parte dos residentes relatou o uso habitual do tabaco (75,8%), quase um terço (30,8%) utilizavam medicação psicoativa até a internação, com e sem prescrição médica e dois terços (67,0%) relataram haver outros dependentes de álcool, crack e outras drogas em sua família de convivência.

Mais da metade (52,7%) já teve outras internações para tratamento da dependência, sendo que destes 39,5% teve apenas uma internação anterior, 27,0% de duas a três internações; 27,0% de 4 a 10 internações; e 6,5% mais de 10 internações anteriores.

Um quinto dos residentes (19,8%) já estiveram internados na CTNJ, 38,5% já foram presos anteriormente e 28,6% tinham processos judiciais em andamento no momento da internação.

Avaliando agora o abandono e o abandono precoce, considerando como referência a frequência geral descrita no Gráfico 2 (74% abandono e 67% abandono precoce), os dependentes de álcool apresentaram uma frequência inferior à geral de abandono precoce (59,1%), os dependentes de cocaína apresentaram uma frequência menor de abandono (25%), todos os dependentes de maconha abandonaram precocemente o tratamento, e os dependentes de crack apresentaram frequência semelhante à geral.

Considerando o tempo de uso, quem fez uso de até cinco anos apresentou frequência semelhante às gerais; quem fez uso de cinco a dez anos apresentou frequência de abandono

precoce maior (87,5%); quem fez uso de 11 a 20 anos apresentou frequência de abandono maior (84,2%); quem fez uso por mais de 20 anos apresentou frequência menor de abandono (65,2%) e de abandono precoce (46,7%).

Relacionando o tempo de uso com a principal substância de abuso (considerando apenas álcool e crack), todos os dependentes de álcool com até cinco anos de uso abandonaram o tratamento, e os que relataram mais de 20 anos de uso apresentaram uma frequência de abandono precoce muito inferior (50,0%) à frequência geral.

Os dependentes de crack com até 5 anos de uso apresentaram menor frequência de abandono (63,6%) e de abandono precoce (57,1); de cinco a dez anos de uso apresentaram frequência maior de abandono precoce (87,5%); de 11 a 20 anos de uso frequência maior de abandono (85,7%) e de abandono precoce (75,0%); e com mais de 20 anos de uso frequência menor de abandono (60,0%) e de abandono precoce (33,3%).

Os residentes que tiveram apenas uma internação anterior apresentaram frequência inferior de abandono (52,6%), enquanto que todos os que tiveram mais de 10 internações abandonaram o tratamento, o que validaria a Hipótese “d” deste estudo. Ambos apresentaram frequência de abandono precoce semelhante à geral.

No caso das reinternações na CTNJ, a frequência de abandono e de abandono precoce foi semelhante à geral, o que invalida as Hipóteses “e” e “f” deste estudo. Por outro lado, considerando que quase 20,0% da amostra esteve composta por dependentes que retornaram à CTNJ, pode-se afirmar que mesmo não havendo sucesso na manutenção da abstinência após a saída da CT – tanto em caso de conclusão quanto de abandono – a qualidade do acolhimento foi satisfatória, do contrário estes residentes não teriam escolhido o mesmo local para realizar um novo tratamento.

Também apresentaram frequência de abandono precoce maior aqueles que já foram presos (82,6%) e aqueles que tinham processos em andamento no início do tratamento (80,8%).

Resumindo, embora a maioria estes dados não sejam estatisticamente significativos para  $p < 0,05$ , apresentaram:

- ***maior frequência de abandono:*** os dependentes de maconha, todos os que fizeram uso de 11 a 20 anos; os dependentes de álcool que fizeram uso de até 5 anos; os que tiveram mais de 10 internações anteriores; os que tinham processos judiciais em andamento no início do tratamento;

- *maior frequência de abandono precoce*: os dependentes de maconha; todos os que fizeram uso de cinco a dez anos; os dependentes de crack que fizeram uso de 11 a 20 anos; os que já foram presos;
- *menor frequência de abandono*: os dependentes de cocaína; todos os que fizeram uso por mais de 20 anos; os dependentes de crack que fizeram uso de até cinco anos; os que tiveram apenas uma internação anterior;
- *menor frequência de abandono precoce*: os dependentes de álcool; todos os que fizeram uso por mais de 20 anos.

**Tabela 3 - Avaliação das características relacionadas à dependência comparando conclusão e abandono do tratamento na CT**

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
<b>Principal droga de abuso</b>						
Álcool	33,0%	30	26,7%	8	73,3%	22
Crack	60,4%	55	23,6%	13	76,4%	42
Cocaína	4,4%	4	75,0%	3	25,0%	1
Maconha	2,2%	2	-	-	100%	2
<b>Tempo de uso – Total</b>						
até 5 anos	19,8%	18	33,3%	6	66,7%	12
de 5 a 10 anos	13,2%	12	33,3%	4	66,7%	8
de 11 a 20 anos	41,8%	38	15,8%	6	84,2%	32
mais de 20 anos	25,2%	23	34,8%	8	65,2%	15
<b>Tempo de uso – Álcool (n=30)</b>						
até 5 anos	10,0%	3	-	-	100%	3
de 5 a 10 anos	-	-	-	-	-	-
de 11 a 20 anos	30,0%	9	22,2%	2	77,8%	7
mais de 20 anos	60,0%	18	33,3%	6	66,7%	12

(cont.)

(cont.)

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
<b>Tempo de uso – Crack (n=55)</b>						42
até 5 anos	20,0%	11	36,3%	4	63,6%	7
de 5 a 10 anos	20,0%	11	27,3%	3	72,7%	8
de 11 a 20 anos	51,0%	28	14,3%	4	85,7%	24
mais de 20 anos	9,0%	5	40,0%	2	60,0%	3
<b>Tabagismo</b>	75,8%	69	29,0%	20	71,0%	49
<b>Uso de medicação psicoativa no ingresso ao tratamento</b>	30,8%	28	25,0%	7	75,0%	21
<b>Outros DQs na família de convivência</b>	67,0%	61	29,5%	18	70,5%	43
<b>Internações anteriores em CT</b>						
Não	47,3%	43	21,0%	9	79,0%	34
<b>Sim</b>	<b>52,7%</b>	<b>48</b>	<b>31,3%</b>	<b>15</b>	<b>68,7%</b>	<b>33</b>
1	39,5%	19	47,4%	9	52,6%	10
2 a 3	27,0%	13	23,1%	3	76,9%	10
4 a 10	27,0%	13	23,1%	3	76,9%	10
+ de 10	6,5%	3	-	-	100%	3
<b>Reinternação na CTNJ</b>	19,8%	18	27,8%	5	72,2%	13
<b>Já foi preso</b>	38,5%	35	34,3%	12	65,7%	23
<b>Processos em andamento</b>	28,6%	26	19,2%	5	80,8%	21

\* p&lt;0,05 – não houve associações estatisticamente significativas

**Tabela 4 - Avaliação das características relacionadas à dependência comparando abandono não precoce e abandono precoce do tratamento na CT**

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Principal droga de abuso</b>				
Álcool	40,9%	9	59,1%	13
Crack	28,6%	12	71,4%	30
Cocaína	100%	1	-	-
Maconha		-	100%	2
<b>Tempo de uso – Total</b>				
até 5 anos	33,3%	4	66,7%	8
de 5 a 10 anos	12,5%	1	87,5%	7
de 11 a 20 anos	28,1%	9	71,9%	23
mais de 20 anos	53,3%	8	46,7%	7
<b>Tempo de uso – Álcool (n=30)</b>		<b>22</b>		<b>13</b>
até 5 anos	33,3%	1	66,7%	2
de 5 a 10 anos	-	-	-	-
de 11 a 20 anos	28,6%	2	71,4%	5
mais de 20 anos	50,0%	6	50,0%	6
<b>Tempo de uso – Crack (n=55)</b>		<b>42</b>		<b>30</b>
até 5 anos	42,9%	3	57,1%	4
de 5 a 10 anos	12,5%	1	87,5%	7
de 11 a 20 anos	25,0%	6	75,0%	18
mais de 20 anos	66,7%	2	33,3%	1

(cont.)

(cont.)

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Tabagismo</b>	32,7%	16	67,3%	33
<b>Uso de medicação psicoativa no ingresso ao tratamento</b>	33,3%	7	66,7%	14
<b>Outros DQs na família de convivência</b>	34,9%	15	65,1%	28
<b>Internações anteriores em CT</b>	32,4%	11	67,6%	23
Não	33,3%	11	66,7%	22
<b>Sim</b>	<b>40,0%</b>	<b>4</b>	<b>60,0%</b>	<b>6</b>
1	30,0%	3	70,0%	7
2 a 3	30,0%	3	70,0%	7
4 a 10	33,3%	1	66,7%	2
+ de 10				
<b>Reinternação na CTNJ</b>	30,8%	4	69,2%	9
<b>Já foi preso *</b>	17,4%	4	82,6%	19
<b>Processos em andamento</b>	33,3%	7	66,7%	14

\* p&lt;0,05

Outra associação que se mostrou estatisticamente significativa, de acordo com os resultados da comparação de médias pelo Teste Tukey, é o “tempo de permanência” como variável contínua para a variável binária “ter sido preso” no passado, como mostra a Tabela 5. Neste caso poderia também ser feito o Teste T, que significaria o mesmo procedimento que para a Anova com dois níveis de fator de classificação.

Aqueles que não foram presos no passado permaneceriam em tratamento, em média, mais do dobro de tempo do que aqueles que foram presos anteriormente.

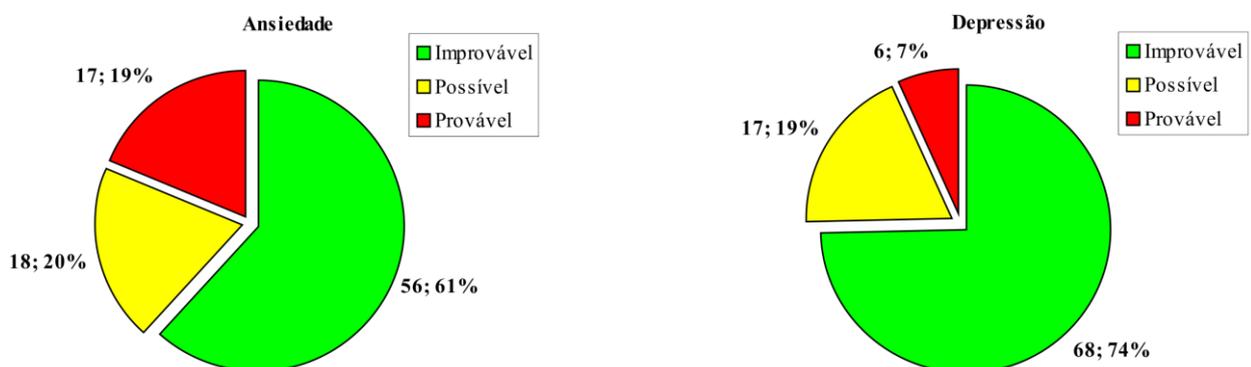
**Tabela 5 - Teste Tukey para abandono por variável categorizada Preso (sim/não) e variável contínua tempo de permanência no tratamento na CT**

Agrupamento Tukey	Preso	Média – dias Tempo de permanência	n
A	Não	101,64	44
B	Sim	49,13	23

### 3.3.3 Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD)

Embora em um primeiro momento fossem esperados resultados diferentes, após a aplicação da Escala HAD, a ansiedade apareceu como “provável” em 19,0% dos casos, e a depressão em apenas 7,0% dos casos, como mostra o Gráfico 3.

**Gráfico 3 - Distribuição de ansiedade e depressão - Escala HAD**



As Tabelas 6 e 7 especifica as características relacionadas à presença de ansiedade e depressão no início do tratamento, relacionadas com o abandono e abandono precoce, assim como com a principal substância de abuso. A Tabela 6 refere-se ao total dos sujeitos comparados com os que apresentaram o desfecho abandono, e a Tabela 7 mostra quantos dos que apresentaram abandono foram abandonos precoces.

A ansiedade no início do tratamento foi “provável” em 19,4% dos abandonos e 13,3% dos abandonos precoces.

Já a depressão no início do tratamento foi “provável” em apenas 6,0% dos abandonos e 2,2% dos abandonos precoces. A variável “HAD depressão” apresentou significância estatística para o tipo de abandono (precoce/não precoce).

Considerando a proporção geral de abandono (74,0%) e de abandono precoce (67,0%), os casos em que a ansiedade foi “possível” apresentaram uma frequência mais elevada de abandono precoce (78,6%); os casos em que a mesma foi “provável” apresentaram uma frequência menor também de abandono precoce (46,1%).

Observando o mesmo em relação à presença de depressão, os casos em que a depressão foi “improvável” apresentaram uma frequência maior de abandono precoce (75,0%), quando a mesma foi “possível” apresentaram uma frequência menor de abandono (64,7%) e de abandono precoce (45,4%); os casos em que a presença de depressão foi “provável” apresentaram uma frequência muito inferior de abandono precoce (25,0%).

Comparando à presença de ansiedade e depressão com as mais prevalentes substâncias de abuso (álcool e crack), ficou evidente que a avaliação “provável” foi maior para a dependência de álcool em ambos os casos.

Nos casos de dependência de álcool em que a ansiedade foi “provável”, a frequência de abandono foi maior que a geral (90,9%), mas a frequência de abandono precoce foi menor (50,0%).

Para os dependentes de crack com presença de ansiedade, a frequência foi menor que a geral (abandono 50,0%; abandono precoce 33,3%).

Avaliando agora a depressão, para os dependentes de álcool que apresentaram depressão “provável” a frequência de abandono foi menor que a geral (60,0%), assim como a de abandono precoce (33,3%). Já para os dependentes de crack que apresentaram depressão “improvável”, ambas as frequências foram maiores que a geral (abandono 80,8%; abandono precoce 76,3%).

**Tabela 6 - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) comparando conclusão e abandono do tratamento na CT, e por principal substância de abuso**

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
<b>Ansiedade</b>						
Improvável	61,5%	56	28,6%	16	71,4%	40
Possível	19,8%	18	22,2%	4	77,8%	14
Provável	18,7%	17	23,5%	4	76,5%	13
<b>Depressão</b>						
Improvável	74,7%	68	23,5%	16	76,5%	52
Possível	18,7%	17	35,3%	6	64,7%	11
Provável	6,6%	6	33,3%	2	66,7%	4
<b>Ansiedade – Álcool (n=30)</b>						
Improvável	43,3%	13	46,2%	6	53,8%	7
Possível	20,0%	6	16,7%	1	83,3%	5
Provável	36,7%	11	9,1%	1	90,9%	10
<b>Ansiedade – Crack (n=55)</b>						
Improvável	70,9%	39	20,5%	8	79,5%	31
Possível	18,2%	10	20,0%	2	80,0%	8
Provável	10,9%	6	50,0%	3	50,0%	3
<b>Depressão – Álcool (n=30)</b>						
Improvável	56,7%	17	29,4%	5	70,6%	12
Possível	26,7%	8	12,5%	1	87,5%	7
Provável	16,6%	5	40,0%	2	60,0%	3

(cont.)

(cont.)

Variável	Total geral n=91		Conclusão n=24		Abandono n=67	
	%	n	%	n	%	n
<b>Depressão – Crack (n=55)</b>						<b>42</b>
Improvável	85,5%	47	19,2%	9	80,8%	38
Possível	12,7%	7	57,2%	4	42,8%	3
Provável	1,8%	1	-	-	100%	1

Não houve associações estatisticamente significativas

**Tabela 7 - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) comparando abandono não precoce e abandono precoce do tratamento na CT, e por principal substância de abuso**

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Ansiedade</b>				
Improvável	30,0%	12	70,0%	28
Possível	21,4%	3	78,6%	11
Provável	53,9%	7	46,1%	6
<b>Depressão *</b>				
Improvável	25,0%	13	75,0%	39
Possível	54,6%	6	45,4%	5
Provável	75,0%	3	25,0%	1
<b>Ansiedade – Álcool (n=30)</b>		<b>9</b>		<b>13</b>
Improvável	28,6%	2	71,4%	5
Possível	40,0%	2	60,0%	3
Provável	50,0%	5	50,0%	5

(cont.)

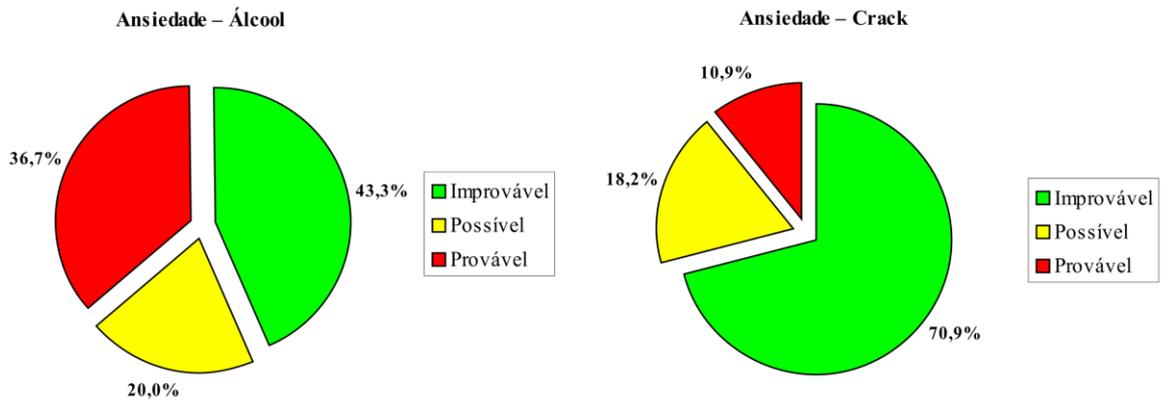
(cont.)

Variável	ABANDONOS – n=67			
	Abandono não precoce n=22		Abandono precoce n=45	
	%	n	%	n
<b>Ansiedade – Crack (n=55)</b>		<b>12</b>		<b>30</b>
Improvável	29,0%	9	71,0%	22
Possível	12,5%	1	87,5%	7
Provável	66,7%	2	33,3%	1
<b>Depressão – Álcool (n=30)</b>		<b>9</b>		<b>13</b>
Improvável	25,0%	3	75,0%	9
Possível	57,2%	4	42,8%	3
Provável	66,7%	2	33,3%	1
<b>Depressão – Crack (n=55)</b>		<b>12</b>		<b>30</b>
Improvável	23,7%	9	76,3%	29
Possível	66,7%	2	33,3%	1
Provável	100%	1	-	-

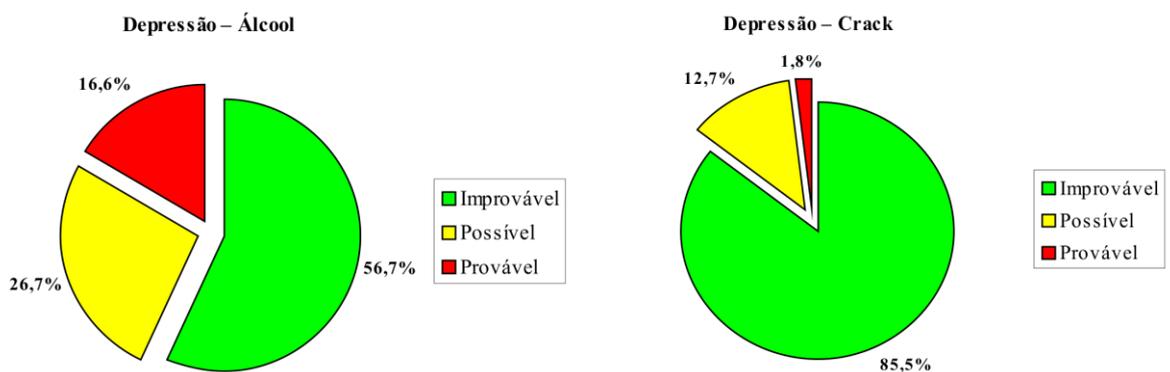
\* p&lt;0,05

A fim de ilustrar melhor as diferenças dos resultados da aplicação da Escala HAD por tipo de substância de abuso, verificando que a frequência de resultado “provável” foi maior para os dependentes de álcool, são apresentados a seguir os Gráficos 4 e 5.

**Gráfico 4 - Distribuição de ansiedade por principal substância de abuso - Escala HAD**



**Gráfico 5 - Distribuição de depressão por principal substância de abuso - Escala HAD**



A Tabela 8 ilustra a frequência de prevalência de ansiedade e depressão no início do tratamento, por tempo (em anos) de uso da substância de abuso.

A maior prevalência de ansiedade apareceu nos extremos, para quem tinha uso de até 5 anos (22,2%) e mais de 20 anos (26,1%). Já a depressão foi mais “possível” e “provável” naqueles que usavam há mais de 20 anos (21,7%).

Tabela 8 - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) por tempo (em anos) de uso

Variável	até 5 n=18		de 5 a 10 n=12		de 11 a 20 n=38		mais de 20 n=23	
	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Ansiedade</b>								
Improvável	61,1%	11	50,0%	6	71,0%	27	52,2%	12
Possível	16,7%	3	33,3%	4	15,8%	6	21,7%	5
Provável	22,2%	4	16,7%	2	13,2%	5	26,1%	6
<b>Depressão</b>								
Improvável	66,7%	12	75,0%	9	89,5%	34	56,5%	13
Possível	33,3%	6	25,0%	3	7,9%	3	21,7%	5
Provável	-	-	-	-	2,6%	1	21,7%	5

A Tabela 9 mostra a frequência de prevalência de ansiedade e depressão no início do tratamento, por idade. A maior prevalência de ansiedade apareceu para os maiores de 50 anos (36,4%), e a menor para os menores de 25 anos (5,5%).

A depressão foi mais “provável” nos residentes entre 36 e 50 anos de idade (14,8%), e não se fez presente nos menores de 25 anos.

Tabela 9 - Avaliação de ansiedade e depressão (Escala HAD) por idade

Variável	< 25 n=18		de 25 a 35 n=35		de 36 a 50 n=27		mais de 50 n=11	
	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Ansiedade</b>								
Improvável	66,7%	12	62,8%	22	59,3%	16	54,5%	6
Possível	27,8%	5	17,2%	6	22,2%	6	9,1%	1
Provável	5,5%	1	20,0%	7	18,5%	5	36,4%	4
<b>Depressão</b>								
Improvável	66,7%	12	88,6%	31	70,4%	19	54,5%	6
Possível	33,3%	6	8,6%	3	14,8%	4	36,4%	4
Provável	-	-	2,8%	1	14,8%	4	9,1%	1

Também foi realizado o teste de médias (Teste Tukey) para variáveis contínuas considerando as respostas para “HAD depressão”, sendo que as respostas para as variáveis “Tempo de permanência” e “Tempo de uso” apresentaram valores estatisticamente significativos, como mostra a Tabela 10, observando que o desvio padrão em todos os casos foi maior do que 30,0% da média.

Estes dados evidenciam que quanto mais o residente referiu sintomas de depressão, e quanto mais tempo de uso da substância de abuso ele teve, maior tempo permaneceu em tratamento.

**Tabela 10 - Teste Tukey para Escala HAD depressão por tempo de permanência (dias) no tratamento na CT e tempo de uso (anos)**

<b>HAD Depressão</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Coefficiente Variação</b>
Improvável (n=68)	Tempo de permanência	75,31	71,99	95,59
	Tempo de uso	14,97	9,57	63,92
Possível (n=17)	Tempo de permanência	90,73	58,13	64,07
	Tempo de uso	15,12	12,67	83,80
Provável (n=6)	Tempo de permanência	172,00	92,33	53,68
	Tempo de uso	30,67	11,09	36,16

### **3.3.4 Avaliação de gravidade da dependência para dependência de álcool (SADD)**

O SADD, aplicado somente aos dependentes de álcool (n=30), para mensurar a gravidade da sua dependência, evidenciou o que se esperava: em 80,0% dos casos o nível da dependência foi “grave”. Relacionado ao abandono, a proporcionalidade de abandonos para os dependentes de álcool graves (79,2%) foi semelhante à geral (74,0%), enquanto que a prevalência de abandono precoce (57,9%) foi menor que a geral (67,0%).

Não houve valores estatisticamente significativos relacionados a esta avaliação, como apresentado nas Tabelas 11 e 12.

**Tabela 11 - Avaliação de gravidade da dependência para dependência de álcool (SADD) comparando a conclusão e o abandono do tratamento na CT**

Variável	Total geral n=30		Conclusão n=8		Abandono n=22 (p=0,94)	
	%	n	%	n	%	n
Leve	6,7%	2	50,0%	1	50,0%	1
Moderada	13,3%	4	50,0%	2	50,0%	2
Grave	80,0%	24	20,8%	5	79,2%	19

**Tabela 12 - Avaliação de gravidade da dependência para dependência de álcool (SADD) comparando o abandono não precoce e o abandono precoce do tratamento na CT**

Variável	ABANDONOS (alcoolismo) n=22			
	Abandono não precoce n=9		Abandono precoce n=13	
	%	n	%	n
Leve	-	-	100%	1
Moderada	50,0%	1	50,0%	1
Grave	42,1%	8	57,9%	11

### 3.3.5 Análise multivariada

Foi realizada uma análise multivariada considerando os desfechos já apresentados: finalização (conclusão/abandono) e tipo de abandono (precoce/não precoce).

A única variável que ingressou inicialmente na análise multivariada, mas não se mostraram estatisticamente significativa, foi o escore de ansiedade da Escala HAD, como mostra a Tabela 13.

**Tabela 13 - Variáveis que entraram e saíram do modelo de análise multivariada para finalização = abandono**

Passo	Entrada	Saída	x <sup>2</sup>
1	HAD ansiedade		0,049
2		HAD ansiedade	0,09

Para o desfecho “finalização” duas variáveis ingressaram na análise multivariada, mas somente uma (estar trabalhando antes da internação) foi estatisticamente significativa, como mostra a Tabela 14.

Segundo a avaliação por *odds ratio*, quem trabalhava antes da internação teve dez vezes mais chance de abandono do que aqueles que não estavam trabalhando.

Para o desfecho “tipo de abandono” nenhuma variável se mostrou estatisticamente significativa.

**Tabela 14 - Resultado da análise multivariada para finalização = abandono**

Variável	Estimativa	SD	OR	IC 95%	p
<b>Trabalhando antes da Internação</b>					
Sim			1		
Não	-1,1913	0,5475	0,092	0,011 – 0,079	<b>0,03</b>

### 3.3.6 Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA)

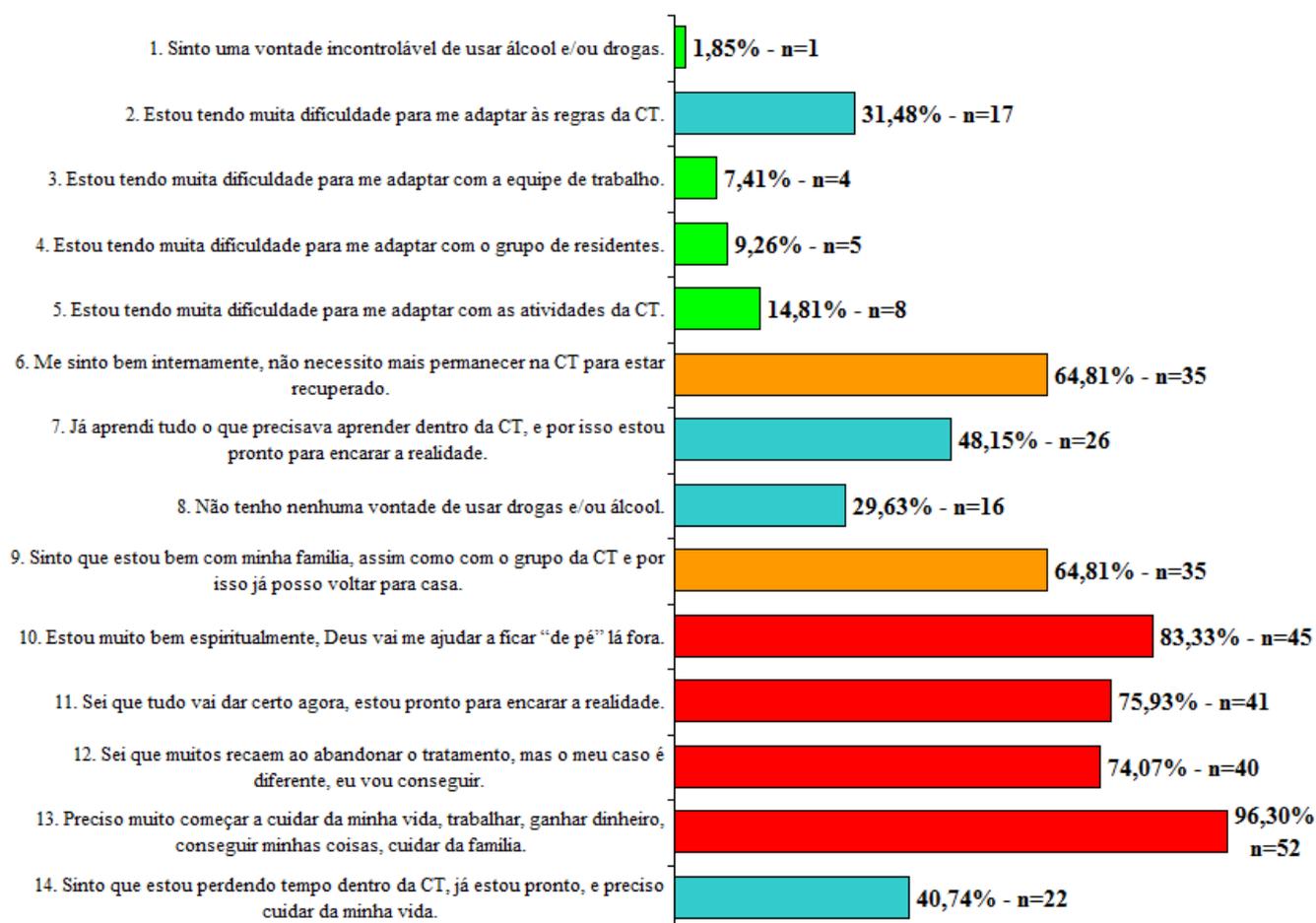
Foi obtida uma frequência de resposta satisfatória (80,6%). Um único desistente se negou a responder (1,5%), alguns dos que não retornaram da visita de ressocialização (9,0%) não puderam ser contatados posteriormente, e em seis prontuários (9,0%) não foi encontrado este questionário, e os residentes não puderam ser contatados por telefone. Em ambos os casos de impossibilidade de contato telefônico com o residente, o mesmo tinha voltado ao uso, segundo relato da família.

Resultados compatíveis com os apresentados nas análises anteriores puderam ser obtidos através deste questionário, como mostram a Tabela 15 e o Gráfico 6.

Tabela 15 – Principais frequências de resposta afirmativa para o questionário QARA

Nº	Afirmção	% afirmativa
<b>Avaliação de dificuldades de adaptação na CT</b>		
1	Sinto uma vontade incontrolável de usar álcool e/ou drogas.	1,8%
3	Estou tendo muita dificuldade para me adaptar com a equipe de trabalho.	7,4%
4	Estou tendo muita dificuldade para me adaptar com o grupo de residentes.	9,3%
<b>Estruturação de crenças disfuncionais</b>		
6	Me sinto bem internamente, não necessito mais permanecer na CT para estar recuperado.	64,8%
9	Sinto que estou bem com minha família, assim como com o grupo da CT e por isso já posso voltar para casa.	64,8%
10	Estou muito bem espiritualmente, Deus vai me ajudar a ficar “de pé” lá fora.	83,3%
11	Sei que tudo vai dar certo agora, estou pronto para encarar a realidade.	75,9%
12	Sei que muitos recaem ao abandonar o tratamento, mas o meu caso é diferente, eu vou conseguir.	74,1%
13	Preciso muito começar a cuidar da minha vida, trabalhar, ganhar dinheiro, conseguir minhas coisas, cuidar da família.	96,3%

**Gráfico 6 - Resultado da aplicação do Questionário de avaliação das razões para o abandono do tratamento na CT (QARA)**



As questões 1, 3 e 4 evidenciam baixa resposta afirmativa para as diferentes dificuldades de adaptação na CT, com frequências resposta de 1,8%, 7,4% e 9,3% respectivamente.

Já a alta frequência de resposta afirmativa das questões 6, 9, 10, 11, 12 e 13, com frequências resposta de 64,8%, 64,8%, 83,3%, 75,9%, 74,1%, 96,3% respectivamente, podem confirmar a hipótese de estruturação das crenças disfuncionais precedentemente ao abandono do tratamento.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Limitações do estudo

Por ser um estudo longitudinal de uma população reduzida, este trabalho apresenta algumas limitações decorrentes deste desenho e da metodologia escolhida. A primeira seria referente ao baixo número de sujeitos, que pode não ter evidenciado relações estatisticamente significativas que talvez apareceriam em amostras maiores. É importante ressaltar que nenhum sujeito se negou a participar da pesquisa, no que diz respeito à assinatura do TCLE, e que somente um sujeito se negou a responder o instrumento QARA.

Outra questão a ser avaliada é que a CT objeto deste estudo possui uma metodologia diferenciada dentro do universo das CTs no Brasil, o que poderia sugerir que algumas das conclusões advindas dos dados colhidos podem não ser passíveis de generalização para outras CTs que não utilizem metodologia semelhante.

Sendo um estudo de longitudinal é possível falar em direção de causalidade, portanto é possível afirmar que aqueles que apresentaram padrões de crenças disfuncionais e pensamento mágico infantil, baseadas principalmente no fato de poder trabalhar após a saída da CT, têm mais chances de abandonar o tratamento, de forma precoce ou não e, portanto, têm mais chances de apresentar recaídas, segundo afirma a literatura apresentada.

Em relação à avaliação dos resultados para pacientes com comorbidades, uma limitação considerável é o fato da CT estudada não aceitar indivíduos com comorbidades graves como parte dos seus critérios de admissão, motivo pelo qual as conclusões deste estudo não seriam válidas para esse tipo de população.

Uma limitação a ser considerada é a apresentada pela técnica de amostragem (não probabilística – por conveniência), já que os seus resultados e conclusões não podem ser generalizados com confiança, embora possam ser muito úteis para o início de investigações mais profundas. Por isto se sugere uma técnica de amostragem probabilística em estudos futuros, a fim de obter maior validade de generalização dos dados obtidos.

Por outro lado, não foi possível – por limitações de tempo – incluir neste estudo um acompanhamento pós saída da CT, a fim de verificar se de fato aqueles que abandonaram o tratamento têm maior chance de recidiva do que aqueles que o concluíram, e se há diferenças neste sentido entre os abandonos precoces e os não precoces.

Para esclarecer estas questões seriam necessários estudos longitudinais de maior duração, que possam reunir maior número de sujeitos, e nos quais estes possam ser acompanhados tanto durante como após o tratamento na CT, o que desde já se coloca como sugestão para futuras pesquisas nesta área.

## **6.2 Comparação da amostra da CTNJ com as amostras da UNIFESP e da FIOCRUZ**

Considerando os dados obtidos na amostra da CTNJ comparativamente com os de amostras de recentes pesquisas nacionais (UNIFESP e FIOCRUZ) percebe-se que em grande parte das variáveis as amostras foram semelhantes, inclusive no que diz respeito ao perfil sociodemográfico, o que pode sugerir que alguns dos dados obtidos nesta pesquisa podem ser passíveis de generalização. As principais diferenças entre estas amostras e a da CTNJ podem estar relacionadas ao fato de não serem amostras retiradas exclusivamente de dependentes em regime de internação, mas sim da população geral.

### **6.2.1 II LENAD e LENAD família (UNIFESP)**

No período de junho de 2012 a julho de 2013, foi realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (UNIFESP, 2014a), um estudo abrangendo todas as regiões do Brasil com 3.153 famílias de dependentes químicos em tratamento, chamado Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) família.

Também foi realizado, pelo mesmo instituto, a reaplicação de um estudo transversal realizado em 2006, chamado II LENAD (UNIFESP, 2014b), com mais de 4600 participantes de 149 municípios sorteados em todas as regiões do Brasil.

Nestes estudos foram apresentadas as características sociodemográficas e relacionadas à dependência das amostras referidas, o que pode servir de fator de comparação com a amostra obtida neste estudo, considerando as variáveis semelhantes em ambos os estudos, como apresentado no Quadro 2.

Cabe ressaltar que estes dados estão disponíveis somente no site da instituição, não havendo ainda publicações científicas ao respeito.

Sobre as características sociodemográficas dos estudos citados, 54,0% da amostra apresentou escolaridade inferior ao ensino médio incompleto, e a amostra deste estudo 55,0%. Em relação à religião, 64,8% eram católicos e 23,4% evangélicos, enquanto que neste estudo 41,8% eram católicos e 44,0% evangélicos. No que diz respeito à classe social, a amostra se

constituiu da seguinte forma<sup>12</sup>: 4,7% alta, 75,0% média e 20,3% baixa, e neste estudo 6,6% alta, 65,9% média e 27,5% baixa. Não há outros dados sociodemográficos nos estudos referidos que possam ser comparados aos dados deste estudo.

Pode-se perceber grande semelhança nos valores referentes à escolaridade e classe social, enquanto que a frequência para a variável religião diferem consideravelmente.

Em relação às características relacionadas à dependência, 17,7% dos adultos referiram ser tabagistas, sendo que na região Sudeste esta frequência foi de 21,0%, e na amostra deste estudo 75,8% relataram ser tabagistas. Cabe lembrar neste ponto que a amostra do II LENAD se refere à população geral, e este estudo apenas a dependentes de álcool, crack e outras drogas.

69,1% da amostra do II LENAD relatou ter outros dependentes na família de convivência e para os dependentes de crack esta frequência foi de 74,0%. Na amostra deste estudo a frequência geral foi de 67,0%, e para os dependentes de crack foi de 69,1%.

Em relação às internações anteriores, 72,0% da amostra do II LENAD disse ter tido internações e os dependentes de crack 95,0%, o que evidencia baixa resolutividade dessas internações. Na amostra da CTNJ 52,7% tiveram internações anteriores, e os dependentes de crack 50,9%, frequência bastante diferenciada das apresentadas pelo II LENAD.

Talvez um fator que possa ter incidido nesta diferenciação foi o fato dessa amostra ter sido extraída principalmente de capitais e centros urbanos maiores, onde a dependência do crack é mais grave, como mostra este mesmo estudo.

Outra variável com frequência semelhante foi a de depressão no dependência de álcool, sendo que a frequência do II LENAD foi de 41,0% e a da CTNJ de 43,3%.

Cabe destacar que esta frequência para a população geral, segundo a mesma pesquisa, foi de 25,0%.

---

<sup>12</sup> Na amostra do LENAD a classificação social foi a seguinte: Classe A, B, C, D, E. Foi considerado classe A como “alta”, B, C e D como “média”, e E como “baixa”.

**Quadro 2 - Comparação das características sociodemográficas e relacionadas à dependência das amostras do LENAD família e II LENAD com os da CTNJ**

Variável	LENAD <sup>13</sup>	CTNJ
<b>Escolaridade</b>		
EM incompleto ou maior	46,0%	45,0%
Menor que EM incompleto	54,0%	55,0%
<b>Religião</b>		
Católicos	64,8%	41,8%
Evangélicos	23,4%	44,0%
<b>Classe social</b>		
Alta	4,7%	6,6%
Média	75,0%	65,9%
Baixa	20,3%	27,5%
<b>Tabagismo</b>	21,0%	75,8%
<b>Outros dependentes na família</b>		
Geral	69,1%	67,0%
Crack	74,0%	69,1%
<b>Internações anteriores<sup>14</sup></b>		
Geral	72,0%	52,7%
Crack	95,0%	50,9%
<b>Depressão (dependência de álcool)</b>	41,0%	43,3% <sup>15</sup>

### 6.2.2 Pesquisa FIOCRUZ

Em outro estudo nacional sobre o uso de crack, no Brasil, realizado pela SENAD em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2013ab), foram entrevistadas 25.000 pessoas nas capitais, regiões metropolitanas e em uma amostra de cidades de pequeno e médio porte do país.

<sup>13</sup> Não se fazem necessários os intervalos de confiança nestes dados, já que busca-se neste quadro evidenciar as semelhanças entre as duas amostras, e não as diferenças.

<sup>14</sup> Nos dados do LENAD família e do II LENAD esta variável se refere a internações de qualquer espécie, e nos dados da CTNJ se refere somente a internações em CT.

<sup>15</sup> Este valor representa a soma dos resultados “possível” e “provável” na escala HAD, para os alcoólicos.

Os entrevistados responderam sobre o perfil de usuários de crack e similares (como oxi) em sua rede social. A partir destes dados foi estimado que haveria 370 mil usuários de crack no Brasil e aproximadamente 50 mil deles com menos de 18 anos de idade, dados estes que diferem dos apresentados pelo LENAD II. Esta diferença pode ser explicada pela divergência critérios que foram utilizados para incluir os sujeitos das amostras na categoria de usuário.

Foram também entrevistados 7.381 usuários, obtendo-se uma série de informações como, por exemplo, que a forma mais comum de obter dinheiro para a compra da droga é através de trabalho esporádico e autônomo (65%).

Relacionando os dados sociodemográficos compatíveis da FIOCRUZ com os da CTNJ, como mostra o Quadro 3, percebe-se que a idade média, considerando apenas usuários de crack e semelhantes, é muito semelhante (30 anos para FIOCRUZ e 29,5 anos para CTNJ).

Já a cor da amostra apresenta considerável variação (brancos 20,0% e não brancos 80,0% para FIOCRUZ, enquanto para CTNJ 54,9% e 45,1% respectivamente). Esta diferença pode ser explicada pelo fato dos dados da FIOCRUZ serem de uma pesquisa realizada a nível nacional, e os da CTNJ serem dados regionais. Mesmo assim, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) mostraram que a porcentagem de população branca no Brasil em 2012 era de 46,2%, valor mais aproximado com o da CTNJ.

Em relação à situação conjugal ambas as amostras apresentaram predominância de solteiros (60,0% na FIOCRUZ e 41,7% na CTNJ), e o nível de escolaridade foi menor na amostra da FIOCRUZ (77,5% menor que EM incompleto, e 55,0% na CTNJ).

Aqueles que se encontravam trabalhando na amostra da FIOCRUZ foram 54,9%, e na CTNJ 36,3%. É importante ressaltar que os dados da FIOCRUZ são referentes a usuários não internados, enquanto que na CTNJ todos os dados se referem a dependentes químicos em regime de internação.

Observou-se também no levantamento da FIOCRUZ, que o tempo de consumo do crack é em torno de 8 anos nas capitais e 5 anos nos demais municípios, o que contradiz a informação corrente de que os usuários de crack têm uma sobrevivência de três anos. Já o tempo médio de consumo na CTNJ é de 11,5 anos, mais do dobro do tempo, se for considerado o valor da FIOCRUZ para os demais municípios.

Em relação ao tabagismo a amostra da FIOCRUZ apresentou frequência muito maior (92,1%) do que a da CTNJ (75,8%).

Na pesquisa da FIOCRUZ 50,0% já tinha sido preso, enquanto que a CTNJ apresentou valor inferior (38,5%).

Em relação a outros tratamentos, 17,1% da amostra da FIOCRUZ teve internações anteriores, enquanto que este valor para a amostra da CTNJ foi de 52,7%. Esta diferença pode se explicar pelo fato da população de referência da CTNJ estava constituída inteiramente por dependentes químicos com alto grau de gravidade da dependência, considerando que todos se encontravam em regime de internação.

**Quadro 3 - Comparação das características sociodemográficas e relacionadas à dependência das amostras da pesquisa da FIOCRUZ e da CTNJ**

<b>Variável</b>	<b>FIOCRUZ</b>	<b>CTNJ</b>
<b>Idade</b>		
Média (em anos)	30	29,5
<b>Cor</b>		
Branca	20,0%	54,9%
Não Branca	80,0%	45,1%
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	60,0%	41,7%
Casado – Amasiado	25,0%	34,1%
Divorciado – Separado – Viúvo	15,0%	24,2%
<b>Escolaridade</b>		
EM incompleto ou maior	22,5%	45,0%
Menor que EM incompleto	77,5%	55,0%
<b>Trabalhando</b>	54,9%	36,3%
<b>Tempo médio de consumo (anos)</b>	5	11,5
<b>Tabagismo</b>	92,1%	75,8%
<b>Preso</b>	50,0%	38,5%
<b>Internações anteriores</b>	17,1%	52,7%

### 6.3 Abandono do tratamento e poliuso de SPAs

Segundo o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC, 2013), há algumas décadas o consumo de múltiplas SPAs, ou poliuso, era considerado uma exceção dentro do universo dos DQs. Atualmente a prevalência de poliusuários atinge entre 40,0% e 60,0% dos usuários de SPAs no mundo.

Considerando que a principal droga de abuso na população estudada foi o crack (60,4%), e que muitos destes usuários de crack foram poliusuários, os motivos do poliuso nos usuários de crack não são claros, podendo ser desde manipular ou tentar estender a intensidade e a duração do efeito do crack, até tentar diminuir os efeitos negativos do mesmo (RIBEIRO et al.; 2012),

É importante ressaltar que, embora o álcool esteja presente em quase todas as combinações de SPAs (SWENDSEN *et al.*, 2010), o uso concomitante de álcool é mais frequente nos usuários de cocaína intranasal do que nos usuários de crack, como afirmam Shaw et al. (1999).

Por outro lado Sánchez-Hervás et al. (2010) afirmam que o abandono do tratamento do usuário de crack é mais frequente, por ser uma dependência mais difícil de tratar. Na amostra da CTNJ isto não se evidencia com clareza, talvez pelo fato de não haver grande quantidade de sujeitos que tenha referido dependência de outras drogas, exceto o álcool. Em relação aos dependentes de álcool, que tiveram uma frequência de abandono de 73,3%, os dependentes de crack apresentaram uma frequência de abandono levemente maior (76,4%), o que estaria de acordo com a Hipótese “b” deste estudo.

#### **6.4 Abandono do tratamento e gravidade da dependência**

Dentre os fatores que podem estimular e motivar a permanência no tratamento, alguns autores citam o maior tempo de uso de SPA (PEIXOTO et al., 2010; FERREIRA, 2007; DIEZ; ALCORIZA; BADIA, 2000).

Para Carlson et al. (2010) o aumento da gravidade da dependência, os problemas legais e a presença de tratamentos anteriores, são fatores que colaboram com a procura de tratamento.

Na amostra deste estudo (ver Tabela 2), na avaliação por principal SPA de abuso, houve uma frequência de conclusão do tratamento um pouco maior entre aqueles que tiveram maior tempo de uso. Considerando os que apresentaram mais de 20 anos de uso, 40,0% dos dependentes de crack concluíram o tratamento, e 33,3% dos dependentes de álcool, sendo que a frequência geral de conclusão foi de 26,0%.

Outro resultado deste estudo que pode reforçar esta hipótese é que 34,3% daqueles que já foram presos, e 31,3% dos que tiveram tratamentos anteriores, concluíram o tratamento, frequência também maior do que a geral.

Poder-se-ia dizer que a baixa gravidade da dependência seria um fator prognóstico para o abandono do tratamento, embora neste estudo não se tenham encontrado frequências estatisticamente significativas nas variáveis “tempo de uso” e “tratamentos anteriores”. Desta forma, não ter experimentado consequências maiores e intenso sofrimento por causa do uso de SPAs colaboraria com a não adesão ao tratamento (GUIMARÃES et al., 2008; PEIXOTO et al., 2010), da mesma forma que, em outros estudos (EDELLEN et al., 2007) a capacidade de reconhecer os problemas relacionados à dependência seria um fator favorável para a permanência no tratamento por mais de 90 dias.

Por outro lado a variável “não ter sido preso” se mostrou significativa para maior tempo de permanência em dias, através do teste Tukey (ver Tabela 3), e na aplicação do teste SADD (ver Tabela 8) a frequência de abandono se mostrou maior naqueles com maior índice de gravidade da dependência, o que contradiria a afirmação acima.

Por este motivo, novamente se sugere a repetição de um estudo deste tipo com uma amostra maior, na qual possam aparecer outras associações significativas.

### **6.5 Abandono do tratamento e comorbidades (ansiedade e depressão)**

Ansiedade e depressão são as duas principais comorbidades encontradas nos dependentes químicos (RIBEIRO, 2012; ALVES; KESSLER; RATTO, 2004; TERRA, 2005; TERRA; FIGUEIRA; ATHAYDE, 2003) e para estes e outros autores (ALMEIDA; MONTEIRO, 2011) a presença destas comorbidades poderia colaborar com o abandono do tratamento.

Nesta pesquisa a presença de depressão esteve relacionada principalmente aos dependentes de álcool com mais de 10 anos de uso, tendo se mostrado estatisticamente significativa no teste do qui-quadrado ( $p 0,03$ ) para a variável categorizada “abandono precoce”, e no teste de médias (Teste Tukey) associado à variável contínua “Tempo de permanência”.

O que mais chamou à atenção foi o fato de os dados desta pesquisa revelarem uma tendência contrária à que a literatura mostra, já que no primeiro teste a presença de depressão (HAD = Provável) aparece como um fator de proteção para o abandono precoce, e no segundo teste como fator que colabora com o maior tempo de permanência, o que diverge da Hipótese “g” deste estudo.

Se isto pudesse se associar ao item anterior (gravidade da dependência) poder-se-ia dizer que a presença de depressão pode também ser um sinal de maior gravidade da dependên-

cia e, tendo-se constituído esta como um fator de proteção para o abandono, a depressão também seguiria o mesmo modelo de associação.

Estudos com maior amostra poderiam revelar se esta tendência é de fato representativa e se pode-se fazer este tipo de associação, que contradiz a literatura apresentada.

## **6.6 Abandono do tratamento e idade**

Para diversos autores (RIBEIRO; YAMAGUCHI; DUAIBI, 2012; MONTEIRO et al., 2011; BEYNON; MCMINN; MARR, 2008; RIBEIRO et al., 2008), um dos principais fatores de risco para o abandono e para o abandono precoce seria a idade. Os indivíduos mais jovens, principalmente os adultos jovens (de 25 a 35 anos) seriam os que estariam mais suscetíveis.

Nesta pesquisa os dados encontrados foram condizentes, já que os adultos jovens tiveram maior frequência de abandono e de abandono precoce (85,7% e 70% respectivamente), enquanto que aqueles com idades entre 36 e 50 anos tiveram frequências de 59,2% e 62,2% respectivamente, o que estaria de acordo com a Hipótese “a” deste estudo.

Este dado pode ser associado com a relação entre abandono e gravidade da dependência, considerando que aqueles que tenham experienciado maiores sofrimentos por causa de sua dependência – e quanto maior idade maior probabilidade disto – estariam mais predispostos a permanecer em tratamento (GUIMARÃES et al., 2008; PEIXOTO et al., 2010).

Outro fator que colaboraria com esta associação entre idade e abandono, segundo a pesquisa de Mandell et al. (2008) em seis CTs dos EUA, seria o fato dos adultos conseguirem se manter na CT também por fatores intrínsecos como, por exemplo, a sensação de suporte mútuo gerada pela capacidade de compartilhar experiências, assim como a evidência de maior entusiasmo em relação ao processo como um todo.

Talvez os residentes mais jovens, pela falta de maturidade intrínseca à idade, não tenham desenvolvido ainda repertório suficiente para interagir mais funcionalmente num grupo terapêutico, assim como tampouco consigam estabelecer vínculos afetivos que lhe deem suporte grupal nem desempenhar papéis de maior compromisso dentro do grupo, fatores estes que colaborariam, como visto acima, com a sua permanência no tratamento.

## 6.7 Abandono do tratamento e escolaridade

A escolaridade também se mostrou uma variável a ser considerada na avaliação da permanência no tratamento. Para muitos autores (RIBEIRO; YAMAGUCHI; DUAILBI, 2012; NEGRETE; LÓPEZ; SILVESTRE, 2010; SZAL; JOE; SIMPSON, 2000; SAYRE et al., 2002; GARCÍA-RODRÍGUEZ et al., 2007; DAVID; GEADA; NETO, 1997), a baixa escolaridade é um fator prognóstico tanto para o abandono quanto para o abandono precoce.

Neste estudo os residentes com baixa escolaridade também apresentaram maior frequência de abandono e de abandono precoce (77,3% e 68,6% respectivamente), o que corrobora a Hipótese “c” deste estudo.

Pode-se considerar que os indivíduos com menor escolaridade teriam menor disponibilidade de recursos cognitivos que favoreçam a adesão ao tratamento, considerando, por exemplo, que a compreensão da gravidade do problema da dependência se apresenta como um fator favorável para a permanência no tratamento (EDELLEN et al., 2007).

Talvez, por este motivo, atividades de cunho didático direcionadas à conscientização do problema da DQa por parte dos residentes, sejam válidas para suprir a lacuna que a baixa escolaridade possa significar no que diz respeito à adesão ao tratamento.

## 6.8 Avaliação das razões para o abandono do tratamento

Embora este estudo não tenha identificado diversos fatores prognósticos para o abandono do tratamento estatisticamente significativos, isto pode não ser uma característica exclusiva desta amostra. Outro estudo com delineamento similar, realizado numa CT municipal mista<sup>16</sup> com características semelhantes à CTNJ, localizada em Cabo Verde, República insular africana, em parceria com a Faculdade de Medicina Botucatu (FMB) e com a Universidade Estadual Paulista (UNESP) “Júlio Mesquita Filho” (BARROS, 2014), detectou como único fator prognóstico estatisticamente significativo para o abandono do tratamento o gênero, observando que as mulheres concluem menos o tratamento do que os homens, principalmente por motivo de exclusão.

---

<sup>16</sup> Que atende dependentes de ambos os sexos.

Esta variável (gênero) se mostrou significativa para o abandono do tratamento em CT desde pesquisas antigas (CONDELLI, 1994; LEWIS; ROSS, 1994), nas quais já se afirmava que as mulheres apresentavam menor adesão ao tratamento do que os homens.

Em complemento às análises estatísticas, o Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA) mostrou-se um instrumento valioso para avaliar tanto o grau de dificuldade de adaptação ao tratamento quanto a estruturação das crenças disfuncionais que podem colaborar com o abandono do tratamento.

As cinco primeiras questões relacionam dificuldades de adaptação do residente ao tratamento, e pôde-se perceber uma baixa frequência de resposta afirmativa, exceto na questão 2, o que poderia ter colaborado com a estruturação do pensamento mágico ou crença disfuncional e, conseqüentemente, com o abandono do tratamento.

Para Serra (2013, p. 112)

As crenças associadas a esquemas disfuncionais são irracionais e violam a lógica. São supergeneralizadas, aplicando-se indiscriminadamente a diferentes situações. [...] Crenças disfuncionais são absolutas, extremas e resistentes à desconfirmação; ademais, muitas são culturalmente reforçadas.

Confirmando isto, a crença estruturada pelo residente de que é muito pouco provável sofrer uma recaída após o abandono (encontrada nas questões 6 a 14) viola a lógica, já que toda a literatura nacional e internacional refere o contrário, e o mesmo é orientado neste respeito durante o tratamento, e no ato do abandono.

A crença também é supergeneralizada, já que em muitos casos o residente que abandona o tratamento toma como regra alguma exceção que tenha conseguido permanecer em abstinência após o abandono, ou até mesmo alguém que tenha conseguido interromper o uso sem necessidade de uma internação, não discriminando se o padrão de consumo<sup>17</sup> e a história natural da doença<sup>18</sup> se assemelham.

Considerando o trabalho como um dos principais fatores que colaboram com o abandono do tratamento, vale a pena avaliar a representação social do mesmo, a fim de considerar quanto é culturalmente reforçada a volta para o mercado de trabalho.

<sup>17</sup> O **padrão de consumo** é a forma ou maneira como uma pessoa faz uso de uma determinada droga, a partir da primeira experimentação, que pode ser baseado no tipo de droga, na quantidade, na frequência e na forma do consumo. Esta caracterização se faz necessária para definir claramente os conceitos de abuso e dependência.

<sup>18</sup> A **história natural da doença** neste caso refere-se à passagem do **uso experimental e ocasional** para o **uso arriscado**, depois para o **uso nocivo ou abuso**, no momento em que começam a aparecer os primeiros problemas de qualquer espécie na vida do indivíduo, e depois para a **dependência**, com todos os possíveis transtornos e morbidades que possam surgir ao longo da mesma.

Para Ferreira et al. (2005, p. 3) as representações sociais “funcionam como um sistema de interpretação da realidade que regula as relações dos indivíduos com seu meio ambiente físico e social, orientando os comportamentos e as práticas desses indivíduos”.

Em diversos estudos sobre a representação social do trabalho no Brasil (OLIVEIRA et al., 2010; MATTOS; CHAVES, 2006; FERREIRA et al., 2005) foi observado que o compromisso, a responsabilidade e o desenvolvimento pessoal foram as principais características relacionadas ao mesmo, depois da remuneração e do sustento. Isto pode colaborar com a crença de que quem não trabalhe, independentemente do motivo, não seja uma pessoa comprometida, responsável e em desenvolvimento pessoal. Isto pode funcionar como uma fonte de pressão interna e social para que o dependente em tratamento deseje retornar o mais brevemente possível para o mercado de trabalho, a fim de não sentir-se um indivíduo irresponsável, descomprometido e com baixo nível de desenvolvimento pessoal.

Para Serra (2013), a vulnerabilidade cognitiva – tendência a aplicar um viés negativo no processamento de informação – contribuiria tanto para a instalação e manutenção de transtornos afetivos quanto para aumentar a chance de o indivíduo cometer erros de processamento da realidade, como os que muitas vezes podem contribuir para o abandono do tratamento. Os principais erros seriam:

- a. aplicar um viés negativo sistemático no processamento de eventos internos e externos;
- b. depois de feita uma interpretação, resistir ao reconhecimento de interpretações diferentes;
- c. processar seletivamente informações do ambiente que correspondem ao conteúdo de seus esquemas e crenças, descartando informações discordantes.

A ausência de vontade de usar álcool/drogas (98,2%), a ausência de dificuldades de adaptação com a equipe (92,6%), com o grupo (90,7%) e com as atividades da CT (85,2%), pode ser interpretada pelo residente como sensação de “cura da doença”, favorecendo o aparecimento de excesso de otimismo em relação a si mesmo e, portanto, da crença disfuncional de que pode abandonar o tratamento sem prejuízo para sua recuperação. Como visto, esta crença é resistente à desconfirmação, motivo pelo qual é tão difícil dissuadir um residente que está prestes a abandonar o tratamento por este motivo. Estas afirmações validam a Hipótese “h” deste estudo.

Neste sentido, o viés negativo referente à vulnerabilidade cognitiva presente nesta dinâmica de abandono estaria relacionado ao negativismo em relação a permanecer em tratamento, e não necessariamente a uma visão negativa de sua própria vida.

Para Oliveira e Ribeiro (2012, p. 397) os DQs “quando confrontados com alguma escolha na qual uma recompensa imediata se faz presente, optam por esta sem considerar as consequências, colocando em risco a reputação, emprego, casa e família”. Estudos internacionais (BECHARA et al. 1994; BECHARA; DAMASIO, 2002; BECHARA; DAMASIO; DAMASIO, 2000) evidenciaram que o comprometimento na tomada de decisão pode ser uma das bases do problema da DQa.

No caso da questão 2, referente às regras da CT, era previsível que a frequência de resposta se apresentasse maior do que as outras quatro (31,5%), já que a dificuldade de lidar com os limites e de controlar os impulsos é característica do DQ, como afirmam Oliveira e Ribeiro (2012), mas mesmo assim não representa um valor significativo.

Nas questões 6 em diante há referência justamente à construção da crença disfuncional de estar “curado” ou pronto para enfrentar a realidade, de não precisar mais do tratamento, constituindo o que foi chamado de “melhoria autodecidida” por autores como Dominguez-Martín (2008), e de “excesso de otimismo em si mesmo” por Surjan; Pillon e Laranjeira (2012), como já visto.

Diferentemente das cinco primeiras questões, nas quais o risco residiria na resposta negativa, nestas nove questões a resposta afirmativa representa o risco de construção da crença disfuncional. Para isto foram consideradas como mais significativas aquelas que tiveram frequência de resposta afirmativa maior a 70,0%.

As questões 6 e 9 praticamente atingiram esta frequência (64,8%), e as questões 7, 8 e 14 apresentaram frequência abaixo deste valor (48,1%; 29,6% e 40,7% respectivamente).

No caso da questão 8, que tem como finalidade afirmar ou negar a negação da questão nº 1, a maior parte dos residentes encontrou dificuldade em compreendê-la e interpretá-la, provavelmente devido à prevalência da baixa escolaridade (72,5%), portanto será revista em versões futuras deste questionário de avaliação.

As questões 11 e 12 apresentaram frequência de resposta afirmativa maiores a 70% (75,9% e 74,1% respectivamente), e são exemplos claros de crenças disfuncionais que podem ser nocivas para o dependente químico em tratamento.

A questão 11 ilustrou claramente o pensamento mágico infantil que Dalgarrondo (2008) chamou também de *pensamento dereísitco*, que significa: pensamento dominado por uma imaginação fantasiosa. Para ele, este tipo de pensamento tem a característica de distorcer

a realidade para que esta se adapte aos anseios do indivíduo. Embora seja mais característico em crianças, indivíduos com personalidades regredidas, como o dependente químico, podem também apresentá-lo.

A questão 12 se refere à aceitação e admissão da dependência química como doença, considerando que o residente se considera diferente de outros dependentes químicos. A falta de aceitação do problema, assim como a falta de honestidade em relação à própria dependência, é uma das principais características de muitos dependentes químicos.

No clássico “Livro Azul” dos Alcoólicos Anônimos (AA) – escrito principalmente por Bill W. em 1939 – encontra-se uma audaciosa explicação de como funciona o programa de recuperação dos 12 Passos, aparentemente fundamentado em conceitos de simples apreensão, mas de uma profundidade ímpar, e que considera a honestidade como principal fator propiciador da recuperação efetiva:

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.* [...] 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, grifo nosso).

O que mais surpreende nos resultados apresentados por este questionário de avaliação são as duas questões com mais respostas afirmativas: 10 (83,3%) e 13 (96,3%), sendo esta última praticamente unânime.

Estas duas questões se referem a dois dos principais fatores de proteção para a recaída: a espiritualidade/religiosidade e o trabalho. Por este motivo surpreende, já que evidencia que estes fatores de proteção para a recaída podem ser fatores de risco para o abandono do tratamento, que por sua vez é um grande fator de risco para a recaída.

Para Sanchez, Ribeiro e Nappo (2012), a espiritualidade e a religiosidade são importantes fatores de prevenção à recaída, por causa da sensação de bem-estar interior que provocam, pela adesão e pertença a grupos sociais específicos, pelos limites que impõem ao comportamento dos fiéis, e pela diminuição da exposição a outros fatores de risco.

Mas estes mesmos fatores de proteção associados ao pensamento mágico e às crenças disfuncionais podem se tornar um risco para o dependente químico em tratamento.

Por último, a frequência de resposta da questão 13 revelou que o desejo de voltar a trabalhar e se tornar novamente economicamente ativo é o principal motivo autorreferido para o abandono do tratamento, o que complementa os dados obtidos a través da análise multivari-

ada deste estudo, que aponta o trabalho como o único fator preditor do abandono estatisticamente significativo, e afirma que aqueles residentes que trabalhavam antes de ingressar na CT possuem 10 vezes mais chance de abandonar o tratamento do que aqueles que se encontravam desempregados no ato da internação.

Como visto acima, as crenças disfuncionais são extremamente difíceis de serem desconstruídas e não passíveis à desconfirmação, mais ainda quando se trata de crenças reforçadas socialmente, como é o caso destas duas últimas questões.

A espiritualidade/religiosidade e o trabalho representam valores altamente reforçados socialmente, que dificilmente são contestados e, portanto, acabam sendo altamente passíveis de generalização e interpretação alternativa, fato que pode ocorrer com o dependente químico que abandona a CT afirmando estas duas últimas questões.

Considerando as questões acima, este instrumento (QARA) se mostrou eficaz em detectar como possível fator prognóstico do abandono do tratamento a mesma variável que a análise multivariada apresentou após a avaliação estatística. Por este motivo, este instrumento poderá ser submetido a processo de validação em futuros trabalhos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que a DQa é, de fato, uma patologia passível de tratamento especializado, e que uma das modalidades de tratamento mais utilizadas no momento é a CT, se faz imprescindível compreender mais profundamente a dinâmica terapêutica desta, a fim de poder obter melhores resultados.

O abandono e o abandono precoce são os principais problemas no que concerne tanto a esta quanto a todas as outras modalidades de tratamento, já que a alta frequência de recidiva se associa fortemente ao abandono precoce do tratamento. Por este motivo esta pesquisa buscou compreender os fatores que determinam a grande prevalência do abandono e do abandono precoce do tratamento, gerando assim altos índices de recidiva.

Foi visto que algumas características sociodemográficas, como a idade, a escolaridade e a situação laboral prévia influenciam diretamente a permanência no tratamento, assim como outras variáveis relacionadas à gravidade da dependência, como a presença de comorbidades (ansiedade e depressão), tempo de uso e a presença de tratamentos anteriores.

Acredita-se que, uma vez identificados os fatores prognósticos do abandono e do abandono precoce, poderão ser propostas intervenções suficientemente capazes de diminuir a sua prevalência, elevando assim, conseqüentemente, os índices de sucesso do tratamento na CT.

Esta pesquisa parte da premissa de que alguém que procura uma forma de recuperação, como uma CT, possui alguma intenção legítima, mesmo que tímida, de recuperar-se da sua dependência. Sendo assim, se o local oferecer as condições necessárias para que isto aconteça, a probabilidade de recuperação aumentaria consideravelmente.

Não se busca, com isto, uma CT ideal, perfeita, mas sim uma CT que esteja mais próxima das necessidades daqueles que são o motivo final da sua existência.

## REFERÊNCIAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (AA). Disponível em:

<[www.aabrasilportugal.org/historia.htm](http://www.aabrasilportugal.org/historia.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2012a.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <[www.alcoolicosanonimos.org.br](http://www.alcoolicosanonimos.org.br)>. Acesso em: 10 mar. 2012b.

\_\_\_\_\_. **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.

ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. Neuropsicologia e dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. R. (Orgs). **Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 98-105.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, n.1. São Paulo, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000500013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500013)>. Acesso em: 02 ago. 2014.

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

AMOR EXIGENTE. Disponível em: <[www.amorexigente.org.br](http://www.amorexigente.org.br)>. Acesso em: 05 abr. 2012.

ANVISA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001.** Disponível em:

<[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101\\_01rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **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 ago. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (2013). **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em:

<<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=882>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

AUSTRALASIAN THERAPEUTIC COMMUNITIES ASSOCIATION (ATCA). **Towards Better Practice in Therapeutic Communities**. Australia: ATCA, 2002. Disponível em:

<<http://www.atca.com.au/wp-content/uploads/2012/07/Towards-Better-Practice-in-Therapeutic-Communities.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BARROS, Mário António Soares Almada. **Características sociodemográficas, clínicas, padrão de uso de substâncias psicoativas: resposta ao programa de tratamento dos residentes da Comunidade Terapêutica Ganja de São Filipe**. 2014.178f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Cabo Verde, Departamento de Ciência e Tecnologia, Mestrado em Saúde Pública. Cidade da Praia, Cabo Verde, 2014.

BECHARA, A. et al. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. **Cognition**. v. 50, n. 1-3, Apr-Jun 1994. p. 7-15. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8039375>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

BECHARA, A.; DAMASIO, A. R.; DAMASIO, H. Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. **Cereb. Cortex**. v. 10, n. 3, 2000. p. 295-307. Disponível em:

<<http://cercor.oxfordjournals.org/content/10/3/295.full.pdf+html>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

BECHARA, A.; DAMASIO, H. Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. **Neuropsychologia**. v. 40, n. 10, 2002. p.1675-1689. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11992656>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

BEYNON, C. M.; MCMINN, A. M.; MARR, A. J. Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: a case control study in the North West of England. **BMC Public Health**. v. 6. mai. 2008. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18460202>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, 29(5), 1995. p. 355-63

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). **Manual de Aplicação da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6)**. 1. ed. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 20 set. 2014.

CARLSON, R. G. et al. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. **Subst Abus.** v. 31, n. 1. Jan 2010. p. 1-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391264>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA JORNADA. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Regimento Interno**. Avaré, 2010.

\_\_\_\_\_. CNPJ: 13.442.491/0001-72. **Plano de Ação – 2013**. Avaré, 2013a.

\_\_\_\_\_. CNPJ: 13.442.491/0001-72. Informação retirada do Banco de Dados referente ao controle de fluxo de atendimentos e serviços. Avaré, 2013b.

CONDELLI, Ward S. Predictors of Retention in Therapeutic Communities. In: **Therapeutic Community: Advances in Research and Application**. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), 1994. p. 117-127. Disponível em: <<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/144.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (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](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/2a_Edicao_Relatorio_Inspecao_VERSxO_FINAL.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2012.

CORTÉS, Maria T. Una primera aplicacion de la teoria 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%3Fcodigo%3D2364841&ei=q0yWT\\_azD6PH6AH41uW1Dg&usg=AFQjCNFVR377JOOPia8s0z2e6kgNcSotRw](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%3Fcodigo%3D2364841&ei=q0yWT_azD6PH6AH41uW1Dg&usg=AFQjCNFVR377JOOPia8s0z2e6kgNcSotRw)>. Acesso em: 20 abr. 2012.

COSTA-ROSA, A; LUIZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio-ago. 2001, p. 12-25.

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

DAVID, M.; GEADA, M.; NETO, D. Influência dos factores sociodemográficos e familiares na evolução terapêutica de heroinodependentes no programa do tratamento combinado por etapas. **Acta Médica Portuguesa**. v. 10, n. Lisboa, 1997. p. 899-904. Disponível em:

<<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2527>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

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

DE LEON, G.; SCHWARTZ, S. Therapeutic communities: what are the retention rates? **Am J Drug Alcohol Abuse**. v. 10(2), 1984. p. 267-284.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DECS). **Prognóstico**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 10 um. 2014.

DIEZ, P. S.; ALCORIZA, J. V. P.; BADIA, M. A. P. Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabitación residencial. **ADICCIONES**. v. 12, n. 4. España, 2000. p. 487-491. Disponível em: <<http://www.adicciones.es/files/487-491%20Original.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

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 Madrir, 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](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.viverbem.fmb.unesp.br/%2Fdocs%2FSenad%2FProjeto%2520AVALIACAO\\_Cts\\_16\\_02\\_2011.doc&ei=S1RdT6-pOoWagwfGw4yiCw&usg=AFQjCNFqVNEjJOG\\_EgrDB8EN9wwG3JkJgQ](http://www.viverbem.fmb.unesp.br/%2Fdocs%2FSenad%2FProjeto%2520AVALIACAO_Cts_16_02_2011.doc&ei=S1RdT6-pOoWagwfGw4yiCw&usg=AFQjCNFqVNEjJOG_EgrDB8EN9wwG3JkJgQ)>. Acesso em: 11 mar. 2012.

EDELEN, M. O. et al. Treatment process in the therapeutic community: associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. **J Subst Abuse Treat**. v. 32, n. 4. jun. 2007. p. 415-421. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17481465/>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). **World Drug Report**. New York: United Nations, 2013.

FEBRACT. Disponível em: <[www.febract.org.br](http://www.febract.org.br)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

FERREIRA, Ana Maria Carvalho. Gravidade de dependência e motivação para tratamento. **Psicologia.com.pt**. Portugal: 2007. Disponível em:

<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

FERREIRA, V. C. P. et al. A representação social do trabalho: uma contribuição para o estudo da motivação. **Estação Científica**, Juiz de Fora, v. 1, p. 1-13, 2005. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/3345084/6-a-representacao-social-trabalho-contribuicao-estudo-motivacao.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

FESTINGER, D. S. et al. Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. **Addict Behav.** v. 20 n.1, Jan-Fev, 1995. p. 111-115. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7785476>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

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.

FRACASSO, L.; LANDRE, M. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 503-513.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil:**

Inquérito epidemiológico. 2013a. Disponível em:

<<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F}&ServiceInstUID={74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1}>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País:**

Inquérito domiciliar. 2013b. Disponível em:

<<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={0FCDC036-D0AF-4EDB-B2D5-140DF943F56C}&ServiceInstUID={74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1}>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

FUNDAÇÃO PADRE HAROLDO. Disponível em: <[www.padreharoldo.org.br](http://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. **Transtornos 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.

GARCÍA-RODRÍGUEZ, O. et al. Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. **Psicothema**. v. 19, n. 1, 2007. p. 134-139. Disponível em: <<http://www.psicothema.com/pdf/3339.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

GOÑI, José Javier López. **Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra**. 2005. 457f. Tese (Doutorado). Universidad Pública de Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía, Pamplona, España.

\_\_\_\_\_. Razones para el abandono del tratamiento en un Comunidad Terapéutica. **Transtornos Adictivos**. España, 2008. Disponível em:

<[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13124768&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=182&ty=5&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v10n02a13124768pdf001.pdf](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, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (RS). **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**. v.30, n.2. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. 2012. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default\\_sintese.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm)>. Acesso em: 20 mai.2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - INPAD. **LENAD família: Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos**. Disponível em: <[http://inpad.org.br/\\_lenad-familia/](http://inpad.org.br/_lenad-familia/)>. Acesso em: 20 jan. 2014. UNIFESP, 2014a.

\_\_\_\_\_. **II LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad>>. Acesso em: 20 jan. 2014. UNIFESP, 2014b.

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://portaldeses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

JORGE, M. R.; MASUR, J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. **Br. J. Addict**. 80: 301-305, 1985.

KURLANDER, Pablo Andrés. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. saúde coletiva** v.19, n. 2, Rio de Janeiro, fev. 2014. p. 569-580.

LEWIS, B. F.; ROSS, R. Retention in Therapeutic Communities: Challenges for the Nineties. In: **Therapeutic Community: Advances in Research and Application**. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), 1994. p. 99-116. Disponível em: <<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/144.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12(2), 2007, p. 399-407.

MACHADO, L. A.; VELOSO, A. O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento. **Psicol. Reflex. Crit.** v.24. n.3. p. 523-532. Porto Alegre: 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000300013)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MALIVERT M. et al. Effectiveness of Therapeutic Communities: a Systematic Review. **Eur Addict Res.** v. 18. n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.karger.com/Article/FullText/331007>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MANDEL, W. Do Dimensions of TC Treatment Predict Retention and Outcomes? **J Subst Abuse Treat.** v.35, n.3. out. 2008. p. 223–231. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623973/>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MATTOS, E.; CHAVES, A. M. As representações sociais do trabalho entre adolescentes aprendizes – um estudo piloto. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** v. 16, n. 3. 2006. p. 66-75. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CE8QFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Fjhg%2Farticle%2Fdownload%2F19803%2F21873&ei=8OvYU-m\\_I4HgsATY04CQDQ&usg=AFQjCNHAnp-kgdKy0xf6-tYRwd-iEy8Pyw&sig2=VDEnZiLEunc-rId2y1\\_-DA&cad=rja](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CE8QFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Fjhg%2Farticle%2Fdownload%2F19803%2F21873&ei=8OvYU-m_I4HgsATY04CQDQ&usg=AFQjCNHAnp-kgdKy0xf6-tYRwd-iEy8Pyw&sig2=VDEnZiLEunc-rId2y1_-DA&cad=rja)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em Caps-ad do Piauí. **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 1. jan-mar 2011. p 90-99. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE. **Models of care for the treatment of drug misusers**. Promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services in England. Part 2. London, 2002. Disponível em: <[http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta\\_modelsofcare2\\_2002\\_moc2.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare2_2002_moc2.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **La Comunidad Terapéutica**. Disponível em: <<http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica.html>>. Acesso em: 11 abr. 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.

NEGRETE, D. B. D.; LÓPEZ, G. D. A.; SILVESTRE, J. K. Sistema institucional de evaluación de programas de tratamiento consulta externa segundo informe análisis de la permanencia en tratamiento. Centros de Integración Juvenil: México, 2010. Disponível em: <<http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/10-05.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

OLIVEIRA, A. C. S.; RIBEIRO, M. Manejo do controle das emoções e dos impulsos. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 389-403.

OLIVEIRA, D. O. et al. Representações sociais do trabalho: uma análise comparativa entre jovens trabalhadores e não trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 3. Rio de Janeiro, 2010. p. 763-773. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n3/v15n3a19.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

OLIVEIRA, Tania Modesto Veloso de. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Administração on line**, v. 2, n. 3, 2001. Disponível em:

<[http://www.fecap.br/adm\\_online/art23/tania2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm)>. Acesso em: 02 out. 2014

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J. bras. psiquiatr.** v.59, n.4. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400008)>.

Acesso em: 02 ago. 2014.

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

RAISTRICK, K. D.; DAVIDSON, D. G. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. **Br. J. Addict.** 78: 89-95, 1983.

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](http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET_44-3.pdf)>.

Acesso em: 20 abr. 2012.

RIBEIRO, Marcelo. Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 239-250.

RIBEIRO, M. et al. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 39-49.

RIBEIRO, M.; YAMAGUCHI, S.; DUAILBI, L. B. Avaliação dos fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 226-238.

RIBEIRO, M. et al. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. **J. bras. psiquiatr.** v.57, n.3. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000300008&script=sci_arttext)>.  
Acesso em: 30 jul. 2014.

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

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.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. Religiosidade e espiritualidade. In: RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 483-494.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de Saúde Mental**: guia básico para atenção primária. Tradução de: Willians Valentini. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SAYRE, S. et al. Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**. v. 28, n. 1, 2002. p. 55-72. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-120001281>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

SENAD. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/>>. Acesso em: 10 out. 2013.

SERRA, Ana Maria M. Teoria e Terapia Cognitiva. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Orgs.) **O tratamento da dependência química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 106-121.

SHAW, V. N. et al. Sequences of powder cocaine and crack use among arrestees in Los Angeles County. **Am J Drug Alcohol Abuse**. v. 25 n. 1, fev. 1999. p. 47-66. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10078977>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

SIMPSON, D. D.; JOE, G. W.; BROOME, K. M. A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. **Archives of General Psychiatry**. v. 59, n. 6, jun. 2002. Disponível em: <<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/59/6/538#RREF-YOA10100-9>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. Therapeutic communities for substance related disorder. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 25(1), 2006.

SURJAN, J.; PILLON, S.; LARANJEIRA, R. **O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas?** UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas), Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/science/Dependentes%20e%20as%20primeiras%20consultas.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

SWENDSEN, J. et al. Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey. **Addiction**. v. 105. n. 6. jun 2010. p. 1117–1128. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910819/>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SZAL, R. G. A.; JOE, G.W.; SIMPSON, D. D. Treatment retention of crack and cocaine users in a national sample of long term residential clients. **Addiction research and Theory**. v. 8, n. 1. p. 51-64. 2000. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/16066350009004409>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9(1), jan-abr. 2002, p. 25-59.

TERRA, Mauro Barbosa. **Fobia social e alcoolismo: em estudo da comorbidade**. 2005. 154f. (Tese Doutorado). Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo. Disponível em:  
<[http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes\\_teses/tese\\_doutorado\\_mauro.pdf](http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_doutorado_mauro.pdf)>. Acesso em: 30 mai. 2014.

TERRA, M. B.; FIGUEIRA, I.; ATHAYDE, L. D. Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**. v.25, n.3. Porto Alegre, dec. 2003. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082003000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000300005)>. Acesso em: 30 mai. 2014.

TIMS, F. M.; JAINCHILL, N.; DE LEON, G. Therapeutic Communities and Treatment Research. In: **Therapeutic Community: Advances in Research and Application**. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA),1994. p. 1-15. Disponível em:  
<<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/144.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

TORRES, L. B. et al. Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol e 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.

UNIAD. Disponível em: <[uniad.org.br](http://uniad.org.br)>. Acesso em: 10 out. 2013.

VANDERPLASSCHEN, W. et al. Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. **ScientificWorldJournal**. v. 2013, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562581/#B30>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13, n. 28, jan-mar. 2009, p. 151-164.

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: Loyola, 1989.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 1983. p. 361 -370.

## **ANEXOS**

## Anexo A – Enxoval básico

### Material de estudo:

1 Bíblia	2 canetas
1 Livro de louvores “Louvemos o Senhor”	2 cadernos grandes
Documento pessoal original ou xerox autenticada	selos, envelopes, cola branca
Documento pessoal original ou xerox autenticada	1 pasta de elástico
10 xerox dos documentos (não autenticados)	

### Roupas:

1 mala grande ou 2 pequenas	4 bermudas	7 cuecas
2 travesseiros	3 calças de moletom	5 pares de meias
3 cobertores	4 calças jeans (ou outras)	2 chinelo de dedo
2 jogos de cama	12 camisetas	3 calçados (sapato, tênis, botina)
2 toalhas de banho	5 agasalhos (incluindo jaquetas)	
2 toalhas de rosto		

*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 matrícula)
- R\$ 200,00 referente a material didático
- Dinheiro para o caixa de gastos pessoais (R\$ 50,00)

**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 B – Regulamento interno

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. Mantereí 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 C – Termo de compromisso**

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 abandono 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 abandono 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 D – Regulamento de visita para familiares

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. A equipe verificará estes comprovantes no momento de chegada, sendo que a não apresentação dos mesmos poderá ser motivo de impedimento de ingresso na Comunidade.
3. As visitas serão realizadas no 3º Domingo de cada mês, podendo realizar estas visitas a partir do mês subsequente ao ingresso.
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 retirar-se somente após o atendimento psicológico, que será realizado pela ordem da fichas distribuídas na chegada, no ato do pagamento de mensalidades, refeições e despesas pessoais.
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 12 anos de idade) e de R\$ 7,00 (de 7 a 12 anos de idade). Nesta taxa não se inclui o residente. Ao ingressar no refeitório deverá apresentar-se o comprovante de pagamento da refeição.
8. É absolutamente obrigatória a participação de todos os visitantes na Celebração Religiosa, permanecendo sempre até o final da mesma, 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. Serão permitidos os seguintes alimentos no dia de visita: *salgados diversos, doces, bolachas, bolos, refrigerantes, sucos, café, chá*. Não é permitida a entrada de refeições para consumo durante o dia. As mesmas deverão ser trazidas numa quantidade que possa ser repartida com todos os membros da Comunidade, e será guardada pela coordenação para distribuição durante a semana.
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. É proibida a entrada na cozinha durante o dia de visita.
15. É proibido colher hortaliças e 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. Informamos que qualquer falha neste sentido implicará a exclusão do residente ou a mesma penalidade do item nº 10, de acordo com avaliação da equipe de trabalho.
18. O residente não poderá permanecer dentro do veículo da família durante o dia de visita.
19. É proibido sair da área central da Comunidade durante o dia de visita.
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.

***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.

**Anexo E – Autorização de uso de imagens**

Eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
residente nesta Comunidade Terapêutica **AUTORIZO** esta entidade a disponibilizar conteúdos eletrônicos contendo minha imagem (foto) em todas as vias de comunicação eletrônica de que a mesma se utilize, sabendo também que tenho plena liberdade de não assinar este termo caso deseje preservar o meu anonimato, sem ser alvo, por isto, de nenhuma forma de constrangimento.

Avaré, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Residente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Residente

\_\_\_\_\_  
Nome do Familiar ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Familiar ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Coordenador

## Anexo F – Cronograma semanal de trabalho CTNJ

<b>Dia</b>	<b>Período</b>	<b>Atividade</b>
<b>2ª Feira</b>	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje”
		Laborterapia
	<i>Tarde</i>	Reunião de estudo da Apostila sobre Dependência de álcool e drogas
		Terço
	<i>Noite</i>	4º e 5º Passo – Grupo 2 (3 a 6 meses de tratamento) Mensalmente Oficina Audiovisual
<b>3ª Feira</b>	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje”
		Laborterapia
	<i>Tarde</i>	12 Passos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo 1 (0 a 3 meses) – 1º, 2º e 3º Passo</li> <li>• Grupo 3 (3 a 9 meses) – 6º a 12º Passo</li> </ul>
		Espiritualidade Grupos Externos – não obrigatório
<i>Noite</i>	Espiritualidade Grupos Externos	
<b>4ª Feira</b>	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje”
		Laborterapia
	<i>Tarde</i>	Reunião de estudo da Apostila sobre Dependência de álcool e drogas
		Aplicação de Relatório de Visita
<i>Noite</i>	Espiritualidade Grupos Externos Estudo 12 Passos – Grupo 2 (3 a 6 meses) – 4º e 5º Passo	
<b>5ª Feira</b>	<i>Manhã</i>	Estudo Bíblico – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Laborterapia
	<i>Tarde</i>	12 Passos (igual 3ª Feira)
	<i>Noite</i>	Espiritualidade Grupos Externos
<b>6ª Feira</b>	<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>	Espiritualidade Grupos Externos	
<b>Sábado</b>	<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
<b>Domingo</b>	<i>Manhã</i>	Reflexão matinal – Literatura diária N.A.: “Só por Hoje” Mutirão de limpeza da casa e da área central
	<i>Tarde</i>	Momento de oração

## Anexo G – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Botucatu



**Prezado Residente,**

Sua participação nesta pesquisa é muito importante para nós. No entanto, é voluntária e sem nenhuma sanção ou prejuízo, caso decida por não participar. Haverá a possibilidade de mais conversas e esclarecimentos sobre assuntos relacionados a este tema que o preocupem, com qualquer membro da equipe, caso você queira.

O projeto está sendo conduzido nesta CT por entrevistadores treinados, sob a supervisão do supervisor Pablo Andrés Kurlander Perrone, Psicólogo, e da médica Florence Kerr-Corrêa, professora titular de psiquiatria do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Botucatu.

Este tipo de pesquisa/ação, embora já realizado em inúmeros outros locais, nunca ocorreu em Avaré ou na maioria das CTs brasileiras. O objetivo é conhecer o padrão de uso de álcool e drogas e de certos estilos de vida dos residentes, entender como características individuais e sociais influenciam(ram) o comportamento dos residentes, e fornecer modelos alternativos a esses padrões e estilos prejudiciais. Ao fim e ao cabo, o projeto poderá também ajudar a melhorar a prevenção e o tratamento de problemas associados ao uso de álcool e drogas, além de auxiliar no desenvolvimento de seu tratamento que poderão servir de modelo para outras CTs.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida com membros da equipe e com o Psicólogo Pablo Andrés Kurlander Perrone.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Entrevistado

Eu, \_\_\_\_\_  
concordo em participar do projeto "A DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UM ESTUDO DE COORTE LONGITUDINAL PROSPECTIVO POR UM ANO".

Entendo que se trata de uma iniciativa do Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UNESP, com o apoio da Fundação, que tem como objetivo contribuir para o melhor tratamento do uso problemático e dependência de álcool e de drogas e de estilos de vida arriscados.

Entendo que haverá total sigilo em relação aos dados coletados, e as informações serão sempre analisadas e divulgadas em conjunto. Entendo, ainda, que meus pais ou responsáveis não terão acesso a nenhuma informação por mim prestada, pois estas são sigilosas.

#### Autorização do entrevistado

Declaro que concordei em prestar as informações requeridas pelo questionário deste projeto.

Avaré, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## Anexo H – Questionário de avaliação sociodemográfica

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>1. Nome:</b>	
<b>2. Idade (em anos):</b>  __   __	<b>Data de nascimento:</b> ____ / ____
<b>3. Encaminhado:</b>	

<b>4. Estado Civil</b>		
Solteiro	1	
Casado	2	
Separado/divorciado	3	
Amasiado	4	
Viúvo	5	
Outros: _____	6	

<b>5. Pais separados:</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>6. Estuda:</b> ( ) Sim ( ) Não		
<b>7. Trabalha:</b> ( ) Sim ( ) Não	<b>Profissão:</b> _____	

<b>8. Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	
Ensino Fundamental incompleto	2	
Ensino Fundamental completo	3	
Ensino Médio incompleto	4	
Ensino Médio completo	5	
Ensino Superior incompleto	6	
Ensino Superior completo	7	

<b>9. Qual sua cor ou raça? (marcar o que o residente disser)</b>		
Branca	1	
Preta	2	
Parda	3	
Amarela (asiático, japonês)	4	
Indígena	5	
Outros: _____	6	

<b>10. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (anotar quem é o chefe da família)</b>		
Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental	0	
4ª Série Fundamental	1	
Fundamental completo	2	
Médio completo	3	
Superior completo	4	

<b>11. Quais e quantos destes itens você possui em sua casa?</b>					
	Não tem	Tem			
		1	2	3	4
Televisão em cores					
Videocassete e/ou DVD					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

<b>12. Preferência religiosa</b>		
Não tem	0	
Católica	1	
Evangélica/protestante	2	
Espírita	3	
Judaica	4	
Afro-brasileira	5	
Orientais/budismo	6	
Outra	7	
Prejudicado/não sabe	9	

<b>13. Você pratica a sua religião?</b>		
Não tenho religião	0	
Não frequento, porém oro / rezo ou acredito	1	
Frequento menos que 1x / mês	2	
Frequento pelo menos 2x / mês	3	
Frequento 1x / semana	4	
Frequento 2x / semana ou mais	5	

## Anexo I – Avaliação do nível de ansiedade e depressão – Escala HAD

Data: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

1. Eu me sinto tenso ou contraído.	(3) a maior parte do tempo	(2) boa parte do tempo	(1) de vez em quando	(0) nunca
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes.	(0) sim, do mesmo jeito que antes	(1) não tanto quanto antes	(2) só um pouco	(3) já não consigo ter prazer em nada
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.	(3) sim, de jeito muito forte	(2) sim, mas não tão forte	(1) um pouco, mas isso não me preocupa	(0) não sinto nada disso
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.	(0) do mesmo jeito que antes	(1) atualmente um pouco menos	(2) atualmente bem menos	(3) não consigo mais
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações.	(3) a maior parte do tempo	(2) boa parte do tempo	(1) de vez em quando	(0) raramente
6. Eu me sinto alegre.	(3) nunca	(2) poucas vezes	(1) muitas vezes	(0) a maior parte do tempo
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.	(0) sim, quase sempre	(1) muitas vezes	(2) poucas vezes	(3) nunca
8. Eu estou lento para pensar e fazer coisas.	(3) quase sempre	(2) muitas vezes	(1) poucas vezes	(0) nunca
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.	(0) nunca	(1) de vez em quando	(2) muitas vezes	(3) quase sempre
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.	(3) completamente	(2) não estou mais me cuidando como eu deveria	(1) talvez não tanto quanto antes	(0) me cuido do mesmo jeito que antes
11. Eu me sinto inquieto como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.	(3) sim, demais	(2) bastante	(1) um pouco	(0) não me sinto assim
12. Fico animado esperando as coisas boas que estão por vir.	(0) do mesmo jeito que antes	(1) um pouco menos que antes	(2) bem menos do que antes	(3) quase nunca
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.	(3) a quase todo momento	(2) várias vezes	(1) de vez em quando	(0) não senti isso
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa.	(0) quase sempre	(1) várias vezes	(2) poucas vezes	(3) quase nunca

Ansiedade: [ ] questões (1,3,5,7,9,11,13)

Depressão: [ ] questões  
(2,4,6,8,10,12 e 14)

Escore: 0 – 7 pontos: improvável  
8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)  
12 – 21 pontos: provável

**Anexo J – SADD (Short alcohol dependence data)**

Nome: \_\_\_\_\_

<p><b>1.</b> Você acha difícil tirar o pensamento de usar álcool da cabeça:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>	<p><b>2.</b> Acontece de você deixar de comer por causa do álcool:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>
<p><b>3.</b> Você planeja seu dia em função da bebida:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>	<p><b>4.</b> Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite):</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>
<p><b>5.</b> Na falta de sua bebida preferida, usa qualquer outra:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>	<p><b>6.</b> Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>
<p><b>7.</b> Você acha que o quanto você bebe chega a lhe prejudicar:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>	<p><b>8.</b> No momento em que você começa a usar álcool é difícil parar:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>
<p><b>9.</b> Você tenta se controlar (tenta deixar de usar álcool e não consegue):</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>	<p><b>10.</b> Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha usado muito, você precisa de uma dose de álcool para se sentir melhor:</p> <p>0. Nunca ( )</p> <p>1. Poucas vezes ( )</p> <p>2. Muitas vezes ( )</p> <p>3. Sempre ( )</p> <p>9. S.I. ( )</p>

<p><b>11.</b> Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha usado muito álcool:</p> <p>0. Nunca ( )  1. Poucas vezes ( )  2. Muitas vezes ( )  3. Sempre ( )  9. S.I. ( )</p>	<p><b>12.</b> Depois de ter usado muito álcool, você levanta com náuseas ou vômitos e/ou fissura:</p> <p>0. Nunca ( )  1. Poucas vezes ( )  2. Muitas vezes ( )  3. Sempre ( )  9. S.I. ( )</p>
<p><b>13.</b> Na manhã seguinte a uma noite em que tenha usado muito álcool, você levanta não querendo ver ninguém:</p> <p>0. Nunca ( )  1. Poucas vezes ( )  2. Muitas vezes ( )  3. Sempre ( )  9. S.I. ( )</p>	<p><b>14.</b> Depois de ter usado muito álcool, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua:</p> <p>0. Nunca ( )  1. Poucas vezes ( )  2. Muitas vezes ( )  3. Sempre ( )  9. S.I. ( )</p>
<p><b>15.</b> Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo:</p> <p>0. Nunca ( )  1. Poucas vezes ( )  2. Muitas vezes ( )  3. Sempre ( )  9. S.I. ( )</p>	<p>Dorme ou come demais, sente-se pesado (“tipo ressaca”) ou outros sintomas (como muita fissura) que já não tenha mencionado? Anotar.</p> <hr/> <hr/> <hr/>

### Diagnóstico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pontuação: \_\_\_\_\_

### Anexo K – Questionário de avaliação das razões para o abandono (QARA)

Data da aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de ingresso ao tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de tratamento: \_\_\_ meses \_\_\_ dias

Data de abandono: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Internações anteriores: Sim ( ) Não ( ) Quantas? \_\_\_\_\_

*Leia atentamente os itens abaixo, e assinale aqueles com os quais você se identifica neste momento, marcando um “X” em “sim” ou “não”.*

	SIM	NÃO
1. Sinto uma vontade incontrolável de usar álcool e/ou drogas.		
2. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar às regras da CT.		
3. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar com a equipe de trabalho.		
4. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar com o grupo de residentes.		
5. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar com as atividades da CT.		
6. Me sinto bem internamente, não necessito mais permanecer na CT para estar recuperado.		
7. Já aprendi tudo o que precisava aprender dentro da CT, e por isso estou pronto para encarar a realidade.		
8. Não tenho nenhuma vontade de usar drogas e/ou álcool.		
9. Sinto que estou bem com minha família, assim como com o grupo da CT e por isso já posso voltar para casa.		
10. Estou muito bem espiritualmente, Deus vai me ajudar a ficar “de pé” lá fora.		
11. Sei que tudo vai dar certo agora, estou pronto para encarar a realidade.		
12. Sei que muitos recaem ao abandonar o tratamento, mas o meu caso é diferente, eu vou conseguir.		
13. Preciso muito começar a cuidar da minha vida, trabalhar, ganhar dinheiro, conseguir minhas coisas, cuidar da família.		
14. Sinto que estou perdendo tempo dentro da CT, já estou pronto, e preciso cuidar da minha vida.		

\_\_\_\_\_  
Assinatura Residente

## Anexo L – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de Dezembro de 2012

Of. 578/2012

Ilustríssima Senhora  
Profª Drª Florence Kerr Corrêa  
Departamento de Neuro/Psic e Psiquiatria da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Florence,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4435-2012) "A desistência do tratamento da dependência de drogas na comunidade terapêutica: Um estudo de coorte longitudinal prospectivo por um ano", a ser conduzido por Pablo Andrés Kurlander Perrone, orientado por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/12/2012.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capellupi  
Secretário do CEP

**Anexo M – Autorização da CTNJ para uso de dados de prontuário****DECLARAÇÃO**

Declaro, que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa “A DESISTÊNCIA DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UM ESTUDO DE COORTE LONGITUDINAL PROSPECTIVO POR UM ANO”, a ser conduzida pelo Sr. Pablo Andrés Kurlander Perrone, orientado pela Profª. Drª. Florence Kerr-Corrêa, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP, assim como o acesso a todos os dados de prontuário que se fizerem necessários.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Avaré, 10 de dezembro de 2012



\_\_\_\_\_  
Cleyton Falanghe Macario  
Presidente