

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

FRANCISCO FERREIRA BRANDÃO JUNIOR

**O TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS**

PATOS DE MINAS
2014

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

FRANCISCO FERREIRA BRANDÃO JUNIOR

**O TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM COMUNIDADES
TERAPÊUTICAS**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito para Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior

PATOS DE MINAS
2014

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Faculdade Patos de Minas

B817t Brandão Júnior, Francisco Ferreira

O tratamento de usuários de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas / Francisco Ferreira Brandão Júnior – Patos de Minas, 2014.

63f.

Artigo (Bacharel em Psicologia) – Faculdade Patos de Minas FPM, 2014.

Orientação: Prof. Ms. Gilmar Antoniassi Júnior

1. Dependência de substâncias psicoativas 2. Drogas lícitas e ilícitas 3. Comunidades Terapêuticas 4. Tratamento à dependência

I. Título

CDU: 613.81/.84

CDU: 658.8

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

FRANCISCO FERREIRA BRANDÃO JUNIOR

**O TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 22 de
Setembro de 2014.

Orientador: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof. Ma. Margareth Costa e Peixoto
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof. Esp. Juliana de Amorim Pacheco
Faculdade Patos de Minas



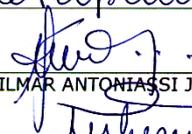
ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO, APRESENTADO POR FRANCISCO FERREIRA BRANDÃO JÚNIOR, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.

Aos vinte e dois de setembro de dois mil e quatorze, reuniu-se, no AUDITORIO CENTRAL, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores: PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR (Orientador), PROFA. MA. MARGARETH COSTA E PEIXOTO (Titular), PROFA. ESP. JULIANA DE AMORIM PACHECO (Titular), para examinar o graduando FRANCISCO FERREIRA BRANDÃO JÚNIOR na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado: A ESPECIFICIDADE DO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO. O presidente da Comissão PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR, iniciou os trabalhos às 9h, solicitou ao graduando que apresentasse, resumidamente, os principais pontos de seu trabalho. Concluída a exposição, os examinadores arguíram alternadamente o graduando sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho. Após a arguição, que terminou às 11h, a Comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do graduando, tendo chegado aos seguintes resultados: PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR (*Aprovado*), PROFA. MA. MARGARETH COSTA E PEIXOTO (*Aprovada*), PROFA. ESP. JULIANA DE AMORIM PACHECO (*APROVADO*). Em vistas deste resultado, o graduando FRANCISCO FERREIRA BRANDÃO JÚNIOR foi considerado *Aprovado*, fazendo jus ao título de BACHAREL em Psicologia, podendo assim gozar da Profissão de Psicólogo, pelo Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas. Sendo verdade eu, Lúcia Helena dos Santos, Secretária do Departamento de Graduação em Psicologia, confirmo e lavro a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador do Curso e os Membros da Banca Examinadora.

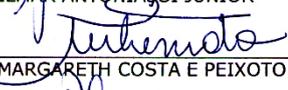
Patos de Minas, 22 de Setembro de 2014.

Novo título (sugerido pela banca):

O tratamento de usuários de álcool e outras drogas em comunidade de terapêutica.



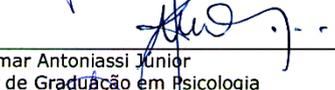
PROF. ME. GILMAR ANTONIASSI JÚNIOR



PROFA. MA. MARGARETH COSTA E PEIXOTO



PROFA. ESP. JULIANA DE AMORIM PACHECO



Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior
Coordenador de Graduação em Psicologia



Lúcia Helena dos Santos
Secretaria do Departamento de Graduação em Psicologia

DEDICO este trabalho com muito amor, a todos os colegas de profissão, à minha família, em especial a minha esposa por ter compreendido minhas ausências. Dedico também este trabalho a todos os professores, que me acompanharam durante a graduação. De maneira especial, ao professor Gilmar Antoniassi Junior, responsável pela realização deste trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora de angústia, por me dar a benção e oportunidade de realizar um sonho quase impossível.

Ao meu pai Francisco Brandão e a minha mãe Luzia Brandão pelo dom da vida.

Aos meus irmãos Flávio companheiro de Faculdade e Franklin.

Aos meus filhos: Filipe Brandão e Laura Brandão como principal motivação para este objetivo.

E em muito especial a minha esposa Kessia Brandão pela força e compreensão nos momentos mais difíceis desta jornada.

E a todos meus colegas de sala, que foram muito importantes durante todo o processo de formação.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

RESUMO

BRANDÃO JUNIOR, Francisco Ferreira. **A especificidade do tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no contexto da internação**. 2014. 63f. Monografia (Graduação em Psicologia). Curso de Bacharelado em Psicologia – Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas/MG.

O uso abusivo de substâncias psicoativas têm levado muitas pessoas a se tornarem dependentes químicos. Nesse cenário, surgiram as comunidades terapêuticas para dar assistência aos dependentes químicos. Essas instituições podem apresentar diferentes protocolos de intervenção para tratar os dependentes, mas todas devem atender aos requisitos legais. O objetivo deste estudo consistiu em verificar as características de tratamento a pacientes usuários de álcool e outras drogas em condição de internação em CT. A pesquisa foi realizada em CT's, situadas em uma cidade do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais. A amostra da pesquisa foi constituída por 15 participantes da população em geral distribuídos nas 3 (três) CT's, caracterizados como dirigentes e equipe multidisciplinar. A coleta totalizou 12 questionários aplicados aos integrantes da equipe multidisciplinar, e 3 entrevistas semiestruturadas com os dirigentes das CT's. Buscou-se identificar o perfil dos internos e a relação dos mesmos com as drogas, os índices de maior internação; os procedimentos de rotina de atividade, verificando a durabilidade do tratamento e a influência do pensamento religioso. Os resultados apontam que não existe um protocolo específico de ações, e que cada CT tende a agir com sua própria filosofia institucional. A principal droga apontada como eliciadoras da internação dos residentes pelas CT corresponde à dependência do uso de Crack e Álcool. O tempo médio de residência dos internos nas CT para tratamento, identificado nas três instituições corresponde há 6 meses de internação. As CT's não possuem ligação religiosa com qualquer que seja o seguimento filosófico religioso. Os profissionais envolvidos nas atividades de tratamento nas CT's identificados foram: Médico, Psicólogo, Enfermeiro, Terapeuta e Coordenador, que estão envolvidos a cerca de 1 a 6 anos com o tratamento da dependência química. Dos profissionais envolvidos na CT, 90,9% buscaram se profissionalizar, através de leituras e capacitações. Os Psicólogos envolvidos no processo de reabilitação trabalham com atendimentos individualizados e de grupo, sem um plano específico de intervenção durante o processo. Os Enfermeiros apenas fazem do trabalho curativo e de cuidados com a medicação. Os Médicos realizam apenas atividades de prescrição e cuidados com os sintomas. Os Terapeutas realizam atividades de terapia ocupacional e espiritual. Conclui-se que há necessidade de os profissionais das CT's estudadas ampliem o conhecimento sobre propostas melhor delineadas de tratamento para os dependentes de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Dependência de substâncias psicoativas; Drogas lícitas e ilícitas; Comunidades Terapêuticas; Tratamento à dependência.

ABSTRACT

BRANDÃO JUNIOR, Francisco Ferreira. The specificity of the treatment of users of alcohol and other drugs in the context of hospitalization. 2014 59f. Monograph (Undergraduate Psychology). Course Bachelor of Psychology - Faculty Patos de Minas, Patos de Minas / MG.

The abuse of psychoactive substances have caused many people to become addicts. In this scenario, therapeutic communities to assist addicts emerged. These institutions may have different intervention protocols to treat addicts, but all must meet the legal requirements. The aim of this study was to verify the characteristics of the treatment patients using alcohol and other drugs in a position to stay in CT. The survey was conducted in CT's, located in a town of Alto Paranaíba. The research sample consisted of 15 participants from the general population distributed in three (3) CT's, characterized as leaders and multidisciplinary team. The collection totaled 12 questionnaires to members of the multidisciplinary team, and three semi-structured interviews with leaders of the CT's. Sought to identify the profile of the internal and the relationship of these drugs with the highest rates of hospitalization; procedures for routine activity, verifying the durability of the treatment and the influence of religious thought. The results show that there is no specific protocol actions, and each CT tends to act with their own institutional philosophy. The main drug identified as eliciting the admission of residents by CT corresponds to the use of Crack addiction and alcohol. The mean residence time of the internal CT for treatment, identified the three institutions represents 6 months of hospitalization. The CT's have no religious connection with whatever religious philosophical tracking. The professionals involved in treatment activities in CT's were identified: Medical, Psychologist, nurse, Therapist and Coordinator, involved about 1-6 years with the treatment of chemical dependency. Of professionals involved in CT, 90.9% sought to professionalize, through readings and capabilities. Psychologists involved in the rehabilitation process working with individual consultations and group without a specific intervention plan during the process. Nurses just do the healing work and care with medication. Doctors perform only prescription care activities and symptoms. Therapists perform occupational therapy and spiritual activities. It is concluded that there is need for professionals of CT's studied broaden knowledge about best proposals outlined treatment for alcohol and other drugs.

Keywords: Dependence on psychoactive substances; Licit and illicit drugs; Therapeutic Communities; Dependence treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CEPE - Comitê de Ética em Pesquisa
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- COORD. - Coordenador
- CONAD - Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
- CNS - Cartão Nacional de Saúde
- CT - Comunidade Terapêutica
- CT's - Comunidades Terapêuticas
- DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- ENF. - Enfermeiro
- MED. - Médico
- MS - Ministério da Saúde
- NA – Narcóticos Anônimos
- PSIC - Psicólogo
- RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
- SNC - Sistema Nervoso Central
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TERP - Terapeuta
- TCLE - Termo Consentimento de Livre Esclarecido
- THC - Tetraidrocanabinol (Principal componente ativo da maconha)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das características das Comunidades Terapêuticas – CT.....	27
Tabela 2 - Distribuição das características das Comunidades Terapêuticas – CT.....	29
Tabela 3 - Distribuição do tempo de atuação em CT versus a possibilidade de pensar em desenvolver o trabalho no período de formação.....	30
Tabela 4 - Distribuição da percepção do profissional quanto à qualidade do tratamento na CT segundo as características apresentadas.....	31
Tabela 5 - Distribuição do tempo de atuação em CT versus a intensidade das variáveis associadas à percepção da qualidade indicada pela equipe.....	32
Tabela 6 - Distribuição das dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidos no tratamento.....	34
Tabela 7 - Distribuição das atividades desenvolvidas pelos profissionais envolvidos no tratamento.....	34
Tabela 8 - Distribuição dos aspectos das CT's comparativo a RDC N°. 29 MS/ANVISA.....	35

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
FUNDAMENTAÇÃO	14
TEÓRICA	
DROGAS, CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	14
DO USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA À ESPECIFICIDADE DO TRATAMENTO.....	17
AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	20
OBJETIVOS	22
OBJETIVO GERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
METODOLOGIA	23
CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	23
DESENHO AMOSTRAL.....	23
ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	24
INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	24
MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	24
TRATAMENTO DOS DADOS.....	25
RESULTADOS	27
PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	27
CARACTERÍSTICA PROFISSIONAL NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE.....	29
DISCUSSÃO	37
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE - A	48
APÊNDICE - B	49
APÊNDICE - C	51

ANEXO - A.....53

ANEXO - B.....58

APRESENTAÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas têm levado à dependência química. Nos dias atuais tem se transfigurado em um grave problema social e de saúde pública (1).

As Comunidades Terapêuticas surgiram em 1979, evidenciam-se como instituições que surgem como alternativa aos problemas pertinentes à dependência química e uma possibilidade de tratamento, sendo o paciente, o principal protagonista de sua recuperação. Os resultados estão pautados nas reflexões em torno da reabilitação social, contudo é necessário contar com a experiência de profissionais qualificados para lidar com a problemática, para transmitir ao dependente a confiança na eficácia do tratamento ofertado (2, 3).

Ocorre que os serviços de tratamento em Comunidades Terapêuticas têm-se multiplicado. Em função dessa o CONAD (Conselho Nacional Anti Drogas) estabeleceu um padrão básico de funcionamento, a fim de assegurar os direitos do dependente e o mínimo da qualidade aos usuários. Com isso a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), por meio da RDC 0029 de 2011 que estabeleceu um regulamento técnico para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas para tratamentos em Comunidades Terapêuticas (4, 5).

No entanto, as ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem estar vinculadas a pesquisas científicas, de modo a incentivar as análises dos resultados efetivos, para que, seja possível garantir um investimento público capaz de alocar recursos técnicos e financeiros. A fim de promover o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos na condução do tratamento dependentes de álcool e outras drogas (6).

Cabe salientar que o desejo em pesquisar os mecanismos de tratamento do dependente de álcool e outras drogas, manifestou-se a partir dos relatos de dependentes químicos, que por diversas tentativas de internação para tratamento, resultou-se em fracasso e possibilitando perceber que cada instituição dispõe de um modelo próprio. Poucas são as instituições que se valem de aspectos biopsicossociais, de maneira a considerar a importância do papel da família, as

condições biológicas do sujeito e a condição social que o dependente se encontra inserido.

O presente estudo apresenta relevância diante das diversas discussões que envolvem as ações de políticas sociais que visem debater os mecanismos de tratamento dos dependentes químicos.

Nesse sentido, a pergunta norteadora deste estudo foi: Quais são os mecanismos de tratamento para os dependentes de álcool e outras drogas que estejam em condição de reabilitação em comunidades terapêuticas?

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

DROGAS, CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

O termo droga está associado aos cuidados médicos e farmacológicos, a partir do ponto de vista do sentido conceitual ao qual se interpreta. Derivado do termo holandês *droog* que, significa folha seca, em razão da produção de medicamentos, por meio de vegetais. A medicina refere à droga como qualquer substância hábil a prevenção ou cura a fim de garantir o bem estar físico e mental. A farmacologia define a partir das características que compõe a qualquer agente químico, que por sua vez gera alterações bioquímicas e fisiológicas no organismo e no aspecto mental provocando alterações comportamentais (7).

Em suma, as alterações comportamentais se dão devido à ação direta que a droga possui em afetar o SNC, afetando o humor, a percepção, a consciência e na cognição. Configurando se assim quando não indicada pela medicina essas substâncias podem provocar dependência, de modo que as drogas se classificam em três grupos conforme a atividade cerebral, definidas em: *depressoras, estimulantes e perturbadoras*, e de caráter lícito e ilícito do ponto de vista legal ao uso (8).

As drogas do ponto de vista legal classificadas como *lícitas* são aquelas comercializadas sem restrições ao ambiente de uso, é válido ressaltar as restrições ao uso do álcool cuja venda é proibida para menores de 18 anos, e alguns medicamentos que requer prescrição médica especial. As drogas ilícitas são aquelas proibidas por lei ao uso. Do ponto de vista da ação cerebral sobre SNC as drogas depressoras causam diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC, reduzindo a atividade motora, a dor e a ansiedade, com posterior aumento de sonolência. Os estimulantes aumentam a atividade do sistema neuronal, podendo provocar um estado de alerta excessivo, insônia e aceleração dos processos psíquicos. E as drogas perturbadoras provocam alterações que levam a alucinações e delírios no usuário (9-11).

A representação da droga na atualidade sugere ser procedência do progresso acelerado ocorrido no século XX, influenciado pelos meios de comunicação, pela produção industrial em larga escala e a chegada do capitalismo, que estimula a prática social do consumismo exasperado. Ao qual tem se levantado questionamentos sugestivos aos fatores motivacionais que influenciam ao aumento do consumo das drogas. Algumas justificativas baseiam-se na circunstância sócio política que reanima os valores associados ao consumismo e a obsolescência instantânea, adjunto à pauperização de importante parcela da sociedade em todo o mundo (12, 13).

A influência do consumo das drogas pela mídia e o capitalismo dá-se pelo caráter lícito de algumas das substâncias. O que a torna estimulante e visivelmente percebida à luz do cidadão comum, pelo uso do álcool e o tabaco. Estudos apontam que o álcool é uma das drogas mais consumidas na atualidade. O uso excessivo e prolongado ocasiona problemas de saúde podendo levar a dependência. Por se tratar de uma droga depressora, o álcool age no SNC (Sistema Nervoso Central), de modo a provocar alterações no comportamento das pessoas que a consomem (11).

Tanto que, o I Levantamento dos padrões de consumo de álcool na população brasileira com indivíduos de 18 anos ou mais, indica que 3% da população brasileira têm problema de uso nocivo e 9% de dependência. Dado este compatível com pesquisas anteriores que revelam que 12% da população têm algum problema relacionado ao álcool. Realidade que torna evidente a necessidade de políticas públicas de saúde, pois é manifesto o prejuízo social que a droga traz a sociedade (14).

O uso do tabaco é o mais relevante fator de risco para saúde do usuário, responsável pelo desenvolvimento do câncer de pulmão e por aproximadamente 50 doenças ligadas ao aparelho respiratório. Um fumante apresenta cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão que o não fumante. O problema ligado ao uso do tabaco, não afeta somente o usuário, mas também os que não fazem uso devido à fumaça produzida, que transporta cerca de 4.720 substâncias associadas (12).

O fato é que com o uso discriminado das drogas consideradas lícitas, a prática do uso de outras drogas têm se configurando gradativo e de rápida propagação no contexto moderno da sociedade, tornando preocupantes os altos índices de uso, das drogas classificadas legalmente ilícitas. Um problema de ordem social com

consequências assustadoras, decorrente do usuário vítima do tráfico que se constitui em problema para a sociedade (15).

Dentre as drogas ilícitas a que mais tem preocupado autoridades civis é o uso exagerado do crack e seus similares, o tempo máximo de uso corresponde aproximadamente cerca de 8 anos. Ressalta-se que cerca de aproximadamente 370 mil brasileiros fazem uso conforme pesquisa realizada em 2013. A maioria dos usuários de crack no Brasil são adultos jovens, com idade média de 30 anos, homens, não brancos, solteiros com baixa escolaridade. Significativamente em uma proporção de moradores de rua. Mas, não significa que esse contingente de usuários fundamentalmente reside nas ruas, entretanto é que nelas, passam a maior parte de seu tempo. Consequentemente as formas de acesso ao uso desta dá-se através de trabalhos esporádicos ou autônomos, e por muitas vezes até mesmo assaltos e roubos. Cerca da metade dos usuários de crack já foram presos pelo ao menos uma vez, por causa de uso ou posse de drogas, por assalto ou roubo, furto, fraude ou invasão de domicílio e tráfico ou produção e drogas (16).

Via de percepção o uso simultâneo do álcool e o tabaco com o crack que representa o mal da sociedade contemporânea. Independentemente da idade, grau de instrução, sexo ou posição social, o problema em torno das drogas é alarmante, e representa cerca de 10% da população nos centros urbanos que consomem de forma abusiva algum tipo de droga. O uso nocivo e a dependência são os dois tipos de problemas comuns e característicos daqueles que fazem uso (14).

O consumo de anfetaminas é pouco conhecido, sintetizadas na década de 30 para o tratamento de déficit de atenção e hiperatividade, nos últimos 20 anos tem sido fabricadas para fins não médicos. E usada como Ecstasy em festas conhecidas como raves (17).

O aumento da produção e do uso das drogas ilícitas nos países em desenvolvimento têm preocupado, isto sinaliza um negócio rentável. As rotas de tráfico também estão mudando, pois na Arábia Saudita foi apreendido um grande volume de produtos maiores do que as apreensões na China e nos Estados Unidos. O cultivo de ópio no Afeganistão, país responsável por 93% da produção mundial de ópio, diminuiu 19% em 2008. A Colômbia, país que produz a metade da cocaína no mundo, observou uma redução de 18% no cultivo e uma redução de 28% na produção da droga, em comparação com 2007. A produção global de cocaína foi estimada em 845 toneladas, a mais baixa em cinco anos, apesar de terem sido observados

aumentos no cultivo no Peru e na Bolívia. A maconha continua sendo a droga mais cultivada e consumida em todo o mundo. Os dados mostram também que ela é mais danosa à saúde do que o que se costuma acreditar. O índice médio de THC observado na maconha, na América do Norte quase dobrou na última década (18).

Sob o olhar da ilegalidade em nosso país, as drogas ilícitas, como a maconha e o crack, tornam-se uma questão que ultrapassa as barreiras do âmbito policial e judicial sendo, sobretudo, um problema social de uso com maior frequência neste contexto (19).

Contudo, a droga pode ser considerada um recurso eficaz para o sujeito aliviar o mal-estar inerente ao ser humano, já que pode proporcionar além do prazer, um distanciamento do mundo externo, levando a pessoa para uma realidade inversa a sua própria realidade, podendo aliviar algo que a incomoda de uma forma prazerosa. Assim, o grande problema reside no fato de desvendar qual é a relação que o indivíduo faz com o consumo dessas substâncias. Tendo em vista que o consumo abusivo que provavelmente o levará a dependência, causando prejuízos significativos no contexto familiar, social, físico e psíquico (20).

DO USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA À ESPECIFICIDADE DO TRATAMENTO

Compreender o uso de drogas requer um olhar em reflexão ao ato ou efeito da prática autoadministrada, que envolve qualquer quantidade de substância psicoativa, considerando a partir dos diferentes padrões de consumo e hábitos classificados a partir das possíveis consequências. Identificar o tipo de uso e perceber qual a relação interacional entre consumidor e substância, que compreende de cunho *experimental*, que refere a relação de poucos episódios, o *uso recreativo* que se faz em circunstâncias relaxantes, o *uso controlado* que refere à prática regular e o *uso social* que compreende a companhia de mais pessoas (21).

Assim, os padrões de uso de drogas são utilizados para identificar tipos diferentes de usuários e tipos diferentes de consumo, classificados a partir do CID e DSM, a fim de identificar o padrão de uso classificado em *nocivo*, *abuso* e *dependência*. Podendo ser entendido como um padrão de uso que aumenta o risco de consequências lesivas para o usuário (14).

A dependência é considerada um transtorno psiquiátrico e o seu processo é lento e gradual, sendo vários os fatores que devem se levar em consideração para diagnosticar a dependência. O diagnóstico da dependência, por sua vez, importa o uso nocivo de substâncias químicas, mas com os traços característicos da tolerância, da síndrome de abstinência e da compulsão levando em consideração a avaliação do repertório de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que podem ocorrer em qualquer momento simultâneo no período de 12 meses (22, 23).

Portanto, diagnosticar a dependência química requer a avaliar os diversos fatores que a envolvem tomando como referência a compreensão do uso associado aos critérios da CID e do DSM, uma vez que os modelos de consumo de drogas na atualidade são diferenciados, sendo a dependência o último estágio. Bem como, o tratamento da drogadição pode ser demorado. No entanto, quebrar o ciclo de dependência não é uma tarefa fácil, pois as pessoas que se tornam dependentes passam a vivenciar um grande sofrimento físico e psíquico, que por sua vez afeta a sua vida, estremecendo as relações de convívio sociais e pessoais. O que faz necessário a busca eficaz do tratamento (24).

Estudos revelam que 78,9% dos usuários da droga desejam se tratar, porém, é baixa a busca aos serviços disponíveis de saúde, apenas 20% se direcionam ao serviço, que muitas vezes esta busca se associa em unidades que fornecem alimentação gratuita, abrigos, casas de passagem, e até mesmo aos CRAS por ser uma instituição de assistência social. Vale ressaltar que a maioria dos usuários ou dependentes de drogas que chegam a um serviço de saúde ou que ofereçam ao tratamento, não o fazem de forma totalmente voluntária, o que aponta o relatório da OMS (13, 25).

Qualidade, desempenho e resultados são os principais fatores que influenciam a atratividade de programas de tratamento para as pessoas em situação de dependência de drogas. A qualidade do tratamento para a dependência de drogas é o resultado de uma combinação de fatores que incluem, entre outros, boa infraestrutura, um número suficiente de pessoal competente, uma atuação em equipe, tempo adequado dedicado a cada paciente, regras clínicas e legislação clara em relação às drogas, uma variedade de métodos de tratamento oferecidos, recursos disponíveis e gerenciamento de casos. Programas de tratamento de qualidade disponibilizam um serviço que é atraente e acolhedor para os pacientes em potencial (26).

Muitos modelos de protocolos de tratamento para usuários de drogas apontam para os inúmeros desafios que a área da saúde tem que enfrentar em torno da temática. As proporções tomadas pelo uso desregrado do consumo de substâncias psicoativas são expressivas no Brasil e no mundo. Assim, a epidemiologia do uso das drogas, faz com que a diversificação das ofertas de tratamento terapêutico aos dependentes se alastre de uma forma desordenada, apontando a necessidade de investimentos em políticas públicas (5).

É necessário que se reconheça o movimento biopsicossocial das dependências químicas, que é fruto de uma interação que está em uma constante dinâmica de três fatores distintos: o tipo de substância que é consumida, e a consideração do indivíduo em seu meio social e familiar, ressaltando-se que um tipo de substância pode ter efeitos distintos em diferentes usuários. Deste modo, quanto mais possibilidades de apoio, familiar, social, políticas públicas apresentadas ao sujeito, maior será o seu fator protetivo, com isso, o risco de se criar uma dependência química diminui, mesmo que este mesmo sujeito já tenha consumido ou experimentado a droga. As ações da rede pública de saúde devem-se fortalecer, para que haja uma oferta de tratamentos mais eficazes aos usuários, sem desconsiderar as ações voltadas para a prevenção (27).

Sabe-se que vários são os motivos que podem levar ao uso de drogas, à vontade e a curiosidade em sentir o efeito ocasionado pelo uso, é um fator que tende a motivar o indivíduo. Diante disso, emerge a necessidade de se repensar como está sendo tratada à questão de promoção e prevenção ao uso, é preciso refletir sobre a necessidade de se evitar o primeiro contato (28).

A qualidade de vida das populações pode se fortalecer quando a ação da saúde pública se utiliza de serviços tecnológicos em saúde associada à vontade política. É preciso utilizar de todos os recursos disponíveis para atingir e sensibilizar a população, sobre as consequências do uso do álcool e outras drogas (29).

Ações de políticas associadas às questões da saúde precisam ser pensadas para fortalecer as redes de assistência, a fim de promover e prevenir o uso abusivo e a dependência da droga, possibilitando aquele indivíduo dependente a reabilitação e a reinserção social (30).

AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas financiadas, em parte pelo poder público e sem fins lucrativos. Têm o objetivo de disponibilizar acolhimento gratuito para pacientes procedentes do uso, abuso ou dependente das drogas. Trata-se de instituições abertas, de aderência excepcionalmente voluntária, norteadas para as pessoas que ambicionam e necessitam de um espaço resguardado, semelhante ao ambiente residencial, para que se possibilite o tratamento de reabilitação do usuário de drogas. O período de acolhimento do indivíduo pode durar até 12 meses. No decorrer desse tempo, os residentes necessitam de tratamentos que priorizem a atenção psicossocial em comum com os demais serviços de saúde. As Comunidades Terapêuticas devem dispor de um responsável técnico de nível superior legitimamente habilitado, devendo haver ainda um substituto com a mesma qualificação (30).

As comunidades terapêuticas surgiram em razão das lacunas assistenciais do SUS. Alguns dos setores da sociedade civil formados por abrigos e instituições filantrópicas, começaram o movimento de oferecer apoio aos dependentes e seus familiares utilizando como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares (31).

A discussão sobre o tratamento do usuário em comunidades terapêuticas encontra-se em pauta ao que refere serviço de saúde. A maioria das comunidades terapêuticas brasileiras não dispõem de uma metodologia de tratamento que atenda o modelo previsto pela ANVISA e o CONAD (32).

O objetivo principal do tratamento do dependente nas comunidades terapêuticas consiste em propor a 'transformação' na subjetividade do sujeito, de modo que possa resgatar os valores, por meio de uma intervenção direta em suas características individuais. A fim de favorecer a reinserção social, evocando novos valores que estejam pautados na religiosidade, no comprometimento, na solidariedade, na retidão e principalmente na capacidade de amar. As comunidades terapêuticas por se basear no modelo de tratamento residencial, fundamentado na premissa de que, quando o sujeito não consegue promover mudança em seus comportamentos quanto ao vício, é necessário retirá-lo das situações que estimulam ao uso, ou seja, é preciso afastá-lo do convívio facilitador ao uso, aumentando o distanciamento das drogas, de maneira a proporcionar o enfrentamento à doença (2, 4).

No processo de admissão dos residentes, a Comunidade Terapêutica deve: Respeito à pessoa e à família, independentemente da etnia, religião, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou condição financeira. Orientar de forma clara ao usuário e seu responsável a respeito das normas e hábitos da instituição, compreendendo critérios referentes a visitas e comunicação com familiares e amigos. A permanência voluntária, a vedação a qualquer maneira de contenção física, isolamento ou ressalva à liberdade. A probabilidade de o usuário cessar a permanência a qualquer momento. A privacidade, quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais (30).

Entretanto, torna-se necessário (re)pensar as posturas adotadas pelas comunidades terapêuticas, pois os serviços terapêuticos não podem ficar somente nas entranhas do afastamento, na eliminação do estímulo eliciador ao uso da droga, do organismo ou reversão das alterações neuropatológicas. Deve-se atentar para os aspectos psicológicos e socioculturais que estão envolvidos, o usuário ou dependente, a fim de fortalecer o indivíduo a tomada de decisão em conscientizá-lo frente a proposta do tratamento que de fato, o representa para o seu bem estar, sua qualidade de vida e principalmente facilite a sua reinserção social (6, 33).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar as características de tratamento a pacientes usuários de álcool e outras drogas em condição de tratamento em Comunidades Terapêuticas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos usuários em tratamento e a condição de envolvimento de álcool e outras drogas.
- Identificar a equipe profissional nas Comunidades Terapêuticas.
- Verificar as práticas utilizadas pelos profissionais de saúde, na intervenção do tratamento do dependente.
- Comparar os procedimentos desenvolvidos nas comunidades terapêuticas, com a RDC N°. 29 do Ministério da Saúde/ ANVISA.

METODOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Comunidades Terapêuticas, em uma cidade da região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais. O município conta com quatro Comunidades Terapêuticas que atendem aproximadamente 170 pacientes.

Os critérios de inclusão para pesquisa pautaram-se no fato de as comunidades estarem devidamente cadastradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Levou-se em conta para excluir a amostra da pesquisa aqueles participantes que rasurem os instrumentos e deixassem de responder 50% das questões referentes ao questionário e que se opunham ao critério de inclusão.

DESENHO AMOSTRAL

A amostra da pesquisa foi constituída por meio de adesão das comunidades terapêuticas, em contato prévio através de visita as instituições, junto aos dirigentes responsáveis, apresentando a intenção de estudo. Três comunidades participaram do estudo.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo atendeu aos princípios éticos segundo Resolução do CNS 466/2013 para pesquisa com seres humanos. Para tanto foi submetido, através de documentação necessária para análise ética e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca (Unifran).

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foram elaborados dois instrumentos de pesquisa: *um questionário de investigação de práticas profissionais* e *um roteiro de entrevista semiestruturada para dirigentes das Comunidades Terapêuticas*.

A entrevista semiestruturada para os dirigentes da CT contém sete questões, que visaram: identificar os procedimentos de tratamento ofertado; as drogas que têm mais relação com os motivos das internações; se tem algum princípio religioso que sustenta a filosofia da CT; a durabilidade do tratamento; e levantar informações que referem ao perfil do paciente internado (Apêndice A).

O questionário de identificação de prática profissional em Comunidades Terapêuticas, foi composto por 11 questões, que visaram: identificação do profissional (questão de 1 a 4); o envolvimento com a prática profissional (questão de 5 a 7); as atividades desenvolvidas no tratamento (questões de 8 a 11) (Apêndice B).

MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada somente após a aprovação do CEPE da UNIFRAN e da autorização das Direções das Comunidades Terapêuticas. Resguardando o direito a participação por meio de preenchimento do TCLE (Apêndice C).

Os profissionais foram orientados primeiramente a preencher o TCLE, para garantir o direito de não participar do estudo. E informados, que após terem assinado o TCLE, o mesmo seria depositado em uma urna, colocada em local específico.

A amostra da pesquisa foi constituída por 15 participantes da população em geral distribuídos nas 3 (três) Comunidades Terapêuticas, caracterizados como dirigentes e equipe multidisciplinar. A coleta totalizou 12 questionários aplicados aos integrantes da equipe multidisciplinar, e 3 entrevistas semiestruturadas com os dirigentes das Comunidades Terapêuticas.

A entrevista com os dirigentes seguiu os critérios da amostra por conveniência e ocorreu a partir do contato direto realizado pela equipe de pesquisadores. As entrevistas ocorreram de forma individual em um ambiente determinado pelo dirigente da CT.

A equipe multidisciplinar foi orientada aos preenchimentos do TCLE, posteriormente ao do preenchimento do questionário, o qual continha as informações sobre a pesquisa e oferecia os contatos dos pesquisadores e do Comitê de Ética da Unifran. A aplicação do questionário foi realizada em dias diferenciados seguindo o mesmo repertório de coleta de dados. Com os membros da equipe o processo deu-se de forma coletiva, onde foi entregue primeiramente o Tcle para que os participantes preenchessem, explicando os objetivos e finalidades do estudo. Após o preenchimento do TCLE os participantes foram orientados a responder o questionário de Identificação de Prática Profissional em Comunidades Terapêuticas. Todo o processo durou aproximadamente 45 minutos.

Posteriormente, o pesquisador encontrou-se com os dirigentes para que fosse realizado a entrevista que ocorreu com duração aproximada de 20 minutos.

TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados a luz do referencial teórico, no âmbito qualitativo e quantitativo. Identificaram-se os aspectos propostos na pesquisa através de uma análise narrativa de conteúdo e análise de discurso.

Para a análise de conteúdo, a entrevista com os dirigentes, foi gravada e transcrita, para que não perder nenhuma ideia do pensamento do entrevistado.

Buscou-se identificar: o perfil dos internos e a relação dos mesmos com as drogas, os índices de maior internação, os procedimentos de rotina de atividade, verificando a durabilidade do tratamento e a influência do pensamento religioso.

A análise do discurso fundamentou-se na interpretação dos questionários, que levou a observação centrada no conteúdo latente, de modo a identificar o significado e os aspectos motivadores subjacentes (34). Para o procedimento de análise estatística dos dados obtidos nos instrumentos foi utilizado do programa *EpiInfo*® versão 3.5.2 (35).

RESULTADOS

PERFIL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Foram pesquisadas três instituições juridicamente descritas como comunidades terapêuticas, as quais serão aqui identificadas por CT-1, CT-2 e CT-3. As três CT's correspondem a um total de n=116 pacientes internos.

A tabela 1 permite identificar as características das comunidades terapêuticas.

Tabela 1 - Distribuição das características das comunidades terapêuticas

Variáveis	Indicadores		
	CT-1 [n]	CT-2 [n]	CT-3 [n]
Paciente residente da CT	25	27	64
Paciente reincidente*	8	15	41
Sexo			
Masculino	25	27	64
Feminino	-	-	-
Profissionais envolvidos**	3	4	4

* Dados a partir do número de pacientes residentes

** Profissionais das Diversas áreas e formação.

Na busca de identificar a abordagem de tratamento aos quais as comunidades terapêuticas oferecem aos pacientes, pode se perceber que não existe um protocolo específico de ações e que cada comunidade tende a agir com sua própria filosofia institucional.

O relato das entrevistas com os dirigentes expressam:

CT-1 – *é oferecido como tratamento para reabilitação para os dependentes, atendimento médico, seguindo os 12 passos do NA, prevenção de recaída, terapia racional emotiva, ações de ressocialização.*

CT-2 – *é oferecido acompanhamento médico, psicológico, serviços de contenção, trabalhos que envolvem a espiritualidade e o emocional do indivíduo, pois, na visão do dirigente da Ct-2 a doença é da ordem espiritual, e trabalhos junto às famílias do dependente.*

CT-3 – *é oferecido tratamento médico psiquiátrico, acompanhamento psicológico individual e de grupo, e serviços de enfermagem em geral.*

A principal droga apontada como eliciadoras da internação dos residentes pelas CT corresponde à dependência do uso de Crack e Álcool, conforme pode ser identifica no relato:

CT-1 – *o álcool é o maior motivador das internações.*

CT-2 – *o álcool é o que leva o dependente a se internar de forma espontânea.*

CT-3 – *a droga que mais leva a internação é o Crack.*

O tempo médio de residência dos internos nas CT para tratamento, identificado nas três instituições, corresponde há 6 meses de internação.

No que refere a ligação religiosa da CT com os mecanismos de tratamento oferecidos, identificou que as comunidades terapêuticas não possuem ligação religiosa com qualquer que seja o seguimento filosófico religioso, pode evidenciar apenas a oferta de atividades voltadas para o desenvolvimento espiritual com base na Bíblia Sagrada.

Apresenta-se o relato de um dos dirigentes:

CT-1‘COORD.’: *A espiritualidade tem sido o principal foco das ações, pois, a doença é da ordem espiritual e emocional.*

CARACTERÍSTICA PROFISSIONAL NO TRATAMENTO DO DEPENDENTE

Os profissionais envolvidos nas atividades de tratamento nas comunidades terapêuticas identificados foram: *Médico; Psicólogo; Enfermeiro; Terapeuta e Coordenador*. A CT-1 conta com a presença do médico psiquiatra, psicólogo e terapeuta. Na CT-2 conta-se com a presença do médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro e coordenador e que exercem a função de terapeuta. A CT-3 possui na equipe, um psicólogo e que exerce a função de coordenador, enfermeiro, terapeuta. A tabela 2 possibilita verificar a comparação do profissional e sexo correspondente.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais por comunidade terapêutica

Atividade	Masculino	Feminino
	[n]	[n]
Psicologia ⁽ⁿ⁼³⁾	1	2
Medicina ⁽ⁿ⁼²⁾	2	-
Coordenação ⁽ⁿ⁼²⁾	2	-
Terapeuta ⁽ⁿ⁼²⁾	2	-
Enfermagem ⁽ⁿ⁼²⁾	-	2

Os profissionais estão envolvidos a cerca de 1 a 6 anos com o tratamento da dependência química. A tabela 3 permite comparar o tempo de atuação com a possibilidade de pensar em desenvolver o trabalho com dependente.

Tabela 3 - Distribuição do tempo de atuação em CT *versus* a possibilidade de pensar em desenvolver o trabalho no período de formação

Intervalo de Tempo (n=11)	Já havia foco na área [n]	Nunca pensou na possibilidade de Trabalhar [n]	Em algum momento da formação chegou a pensar [n]
Entre 1 a 3 anos	2 (50)	-	3
Entre 4 a 6 anos	1 (25)	1	-
A mais de 10 anos	1 (25)	-	-
A menos de um ano	-	2	1

Quanto à profissionalização dos profissionais envolvidos na CT, evidenciou que 90,9% destes profissionais buscaram se profissionalizar, através de leituras e capacitações. E 9,1% não buscou nenhum tipo de profissionalização.

Através dos dados coletados quanto à atividade desenvolvida, observa-se que os **Psicólogos** envolvidos no processo de reabilitação trabalham com atendimentos individualizados e de grupo, sem um plano específico de intervenção durante o processo. Os **Enfermeiros** apenas fazem do trabalho curativo e de cuidados com a medicação. Os **Médicos** realizam apenas atividades de prescrição e cuidados com os sintomas. Os **Terapeutas** realizam atividades de terapia ocupacional e espiritual. Os **Coordenadores** são responsáveis pela administração da comunidade.

Quanto ao envolvimento profissional com a comunidade terapêutica observou-se que 45,5% dos profissionais dedicam exclusivamente a CT e 54,5% não se dedica exclusivamente a CT, praticando atividades esporádicas e com horários limitados e previamente definidos.

MED.1 - *exerço atividade de atendimento em meu consultório particular.*

PSIC.1 - *faço atendimento em clínica e trabalho como professora do ensino médio.*

COORD.1 - *presto serviços para outras comunidades terapêuticas com palestras, e encontros que trabalham a espiritualidade.*

MED.2 - *presto serviços ambulatoriais e semanalmente faço atendimento médico em clínica geral na rede pública de saúde e consultório particular.*

ENF.2 – *trabalho no CTI em um hospital particular e em outra comunidade terapêutica.*

PSIC. 2 - *trabalho como psicóloga escolar na área infantil.*

No que refere à percepção do profissional quanto à qualidade do tratamento ofertado na CT, foram apresentadas quatro características as quais poderiam ser indicadas a partir da opinião pessoal.

Levando-se em conta a amostra de profissionais envolvidos no tratamento, verificou-se que: 18% identificaram que todas as características citadas podem contribuir para a qualidade do tratamento; 36% identificaram que apenas uma única característica pode contribuir para a qualidade do tratamento; e, 46% consideram que a associação entre duas ou três características podem contribuir com a qualidade do tratamento.

A tabela 4 possibilita identificar a percepção por profissional quanto à qualidade do tratamento, quando este se encontra internado na CT.

Tabela 4 - Distribuição da percepção do profissional quanto à qualidade do tratamento na CT, segundo as características apresentadas

Características	PROFISSÃO		
	Médico	Enfermeiro	Psicólogo
	[n=2 (%)]	[n=2 (%)]	[n=3(%)]
A capacitação profissional periódica	1 (50)	2(40)	3 (27)
A integração da equipe junto à família do dependente	1 (50)	2 (40)	3 (27)
A discussão de caso na equipe multiprofissional	-	1 (20)	3 (27)
A participação em congressos e jornadas	-	-	2 (19)

* Foi permitido marcar mais de uma possibilidade

Quanto à percepção da qualidade do tratamento pelos coordenadores das CT's 100% considera somente a integração da equipe junto à família do dependente.

No que se refere aos terapeutas 100% percebe que a capacitação profissional periódica, a integração junto à família do dependente e a discussão da

equipe multiprofissional, podem contribuir como um fator para a qualidade do tratamento.

A tabela 5 possibilita confrontar os dados entre o tempo de atuação em CT, com a percepção das características da qualidade no tratamento dos profissionais envolvidos.

Tabela 5: Distribuição do tempo de atuação em CT *versus* a intensidade das variáveis associadas à percepção da qualidade indicada pela equipe

Intervalo de Tempo (n=11)	Intensidade das variáveis de Qualidades*		
	Todas [n]	Apenas Uma [n]	Entre 2 e 3 [n]
Entre 1 a 3 anos	2	1	2
Entre 4 a 6 anos	-	1	1
A mais de 10 anos	-	1	1
A menos de um ano	-	1	2

* Foi permitida mais de uma variável indicada

Considerando-se os motivos que levaram os profissionais que estão envolvidos no tratamento da dependência química em CT, evidenciou-se que o principal motivo ao qual eles executam as atividades profissionais é configurado pela *vontade de ajudar, e auxiliar o outro no processo de reabilitação*. Realidade esta que pode ser evidenciada através do relato dos profissionais:

COORD. 1 - *ver a felicidade durante o tratamento é o principal motivo.*

COORD. 2 - *o próprio envolvimento com as drogas e a necessidade de auxiliar as pessoas a manter a sobriedade.*

ENF. 1 - *pelo fato de questões familiares e por gostar muito do tema.*

ENF. 2 - *flexibilidade de locais, abertura do mercado de trabalho.*

MÉD. 1 - *apenas como oportunidade de trabalho.*

MÉD. 2 - *por tratar-se de atividade ligada a minha área de atuação profissional.*

PSIC. 1 - *os motivos que me levaram a trabalhar com a dependência química, são por estar relacionado com a atenção psicossocial perante a demanda do usuário de álcool e outras drogas.*

PSIC. 2 - *além de ser uma área que pode proporcionar um bom retorno financeiro, existe também a questão humana envolvida, auxiliar uma pessoa que passa por problema através do uso das drogas é extremamente satisfatório.*

PSIC. 3 – *a afinidade com a área, o aprendizado proporcionado em campo, a ampliação de experiências com os usuários e a condição de capacitação contínua na modalidade de estudo de casos diferenciados e ao mesmo tempo comuns.*

TERP. 1 - *gosto do desafio, sinto que sou capaz de contribuir de maneira positiva ao tratamento desses pacientes.*

TERP. 2 - *eu tenho um caso dentro de casa, hoje reabilitado, o que fez surgir o interesse de ajudar outros.*

Quanto ao aspecto que envolve a principal dificuldade encontrada pelos profissionais, que estão envolvidos na atividade de tratamento do dependente em CT pode ser identificada como: *aceitação do tratamento, ausência e envolvimento da família; a atualização literária; a internação involuntária.* A tabela 6 possibilita identificar essas dificuldades expressas pela categoria de profissionais que desempenham atividades.

No que refere as atividades desenvolvidas pelos profissionais na CT, em decorrência do tratamento, a tabela 7 possibilita identificar as descrições apresentadas.

A tabela 8, possibilita fazer a identificação das atividades desenvolvidas nas CT's em comparativo a normativa da RDC Nº. 29 regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde, ao qual dispõe os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento e tratamento em instituições de residência que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Tabela 6 - Distribuição das dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidos no tratamento.

MÉDICO	ENFERMEIRO	PSICÓLOGO	COORDENADOR	TERAPEUTA
Aderência do paciente ao tratamento	Internação involuntária dificulta o processo de aceitação por parte do dependente	Família não se envolve no processo de recuperação, dificuldade do indivíduo em reconhecer o tratamento.	Aceitação do dependente para o tratamento.	O não envolvimento da família
Nenhuma	O querer do dependente,	Inserir as famílias no tratamento, atualização literária, terapia ocupacional deficitária. Internação involuntária dificulta o processo de aceitação por parte do paciente	O querer do dependente.	O não envolvimento da família, apoio pós-tratamento.

Tabela 7 - Distribuição das atividades desenvolvidas pelos profissionais envolvidos no tratamento.

MÉDICO	ENFERMEIRO	PSICÓLOGO	COORDENADOR	TERAPEUTA
Atendimento médico e controle de medicação e sintomas.	Ações específicas de enfermagem. Cuidados de medicação e primeiros socorros.	Encontros e atendimento familiar. Processo psicoterapêutico grupo e individual.	Reuniões e encontros. Terapia de grupo com dinâmicas, ensinamentos para os internos do programa de prevenção e recaída embasados nos princípios dos narcóticos anônimos.	Reuniões e encontros. Terapia Ocupacional.

Tabela 8. Distribuição dos aspectos das CT's comparativo a RDC N°. 29 MS/AVINSA. *

ITENS - RDC 29	CT1		CT2		CT3	
	ATENDE SIM	NÃO	ATENDE SIM	NÃO	ATENDE SIM	NÃO
Condições Organizacionais e Gestão Pessoal						
Possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público	X		X		X	
Documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais		X		X	X	
Mantém responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.		X		X	X	
Profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.	X		X		X	
Os residentes possuem ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas	X		X		X	
As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde.	X		X		X	
As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.		X		X		X
As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.		X		X		X
Processos Operacionais Assistenciais						
A permanência voluntária.	X		X			X
A observância do direito à cidadania do residente.	X		X		X	
A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica.		X		X		X
As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.	X		X		X	
O cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionado a um ambiente livre de violência.	X		X		X	
A proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais.		X		X		X
As instituições devem definir e adotar critérios (Alta terapêutica; Desistência (alta a pedido); Desligamento (alta administrativa); Desligamento em caso de mandado judicial; e Evasão (fuga).	X		X		X	

* O indicador na tabela corresponde a presença ou ausência do item referente a RDC. Não houve objetivo de tabular em % mas em identificar a presença.

De acordo com os dados da tabela 8, pode evidenciar que a maioria das CT's está dentro dos requisitos necessários, somente uma mantém responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação, em relação ao processo de internação, foi possível observar que 1 (uma) CT mantém serviço de internação involuntária o que vai contra as premissas para um processo de reabilitação que auxilie o dependente a se manter sóbrio após a internação. Para o processo de admissão não é feita mediante prévia avaliação diagnóstica que auxilie durante o processo, leva-se em conta somente o uso e abuso do álcool e outras drogas.

DISCUSSÃO

O estudo realizado evidenciou que as três instituições pesquisadas são juridicamente descritas como Comunidades Terapêuticas. A propósito disso, constatou-se que as exigências jurídicas para fundar uma CT devem fundamentar-se nas diretrizes expostas na Resolução – RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011 (Anexo A) (36). Sinteticamente, pode-se dizer que a resolução mencionada ampara uma ação governamental que visa combater as drogas com base em alguns requisitos, como:

Disponibilizar de um profissional com qualquer curso de nível superior para ser o responsável técnico. Bem como, um substituto para este profissional com a mesma qualificação. Cada residente deverá ter uma ficha individual para ser registradas informações referentes ao cotidiano, como atividades físicas e lúdicas, rotinas de estudo, atendimento às famílias etc. Vetar o ingresso de pessoas cuja condição solicite serviços de saúde não oferecidos pela CT. Especificar em suas normas o tempo máximo de permanência do residente na entidade. Garantir respeito à pessoa e à família, de todas as etnias, religiões, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou condição financeira. Garantir a permanência voluntária. Atender os pré-requisitos de segurança sanitária (36).

Observou-se que não existe um protocolo específico de ações nas CT's analisadas, e, que cada instituição tende a agir mediante sua própria filosofia institucional. Portanto, o MS e a ANVISA, preconizam que a RDC Nº 29 se aplica a todos os tipos de comunidades terapêuticas, quer sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas. Devendo atender aos requisitos da referida Resolução que são fundamentados em temas, como condições organizacionais, gestão de pessoal, gestão de infraestrutura e processos operacionais assistenciais. Diante disso, torna-se manifesto que a falta de protocolo específico, que fogem aos sugeridos pelo MS e a ANVISA, facilitam sobre modo as recaídas quando não garantem a assistência segura, por não oferecer a prevenção de recaídas (36).

No entanto, talvez o grande problema das CT's seja operacionalizar consistentemente os princípios e diretrizes aconselhados na resolução e o reconhecimento da função de cada instância pública e privada na prestação do

atendimento aos dependentes químicos, ausentando a interconexão das políticas públicas. Em realidade, são diversos os sujeitos institucionais envolvidos, porém não se deve olvidar que o principal sujeito participante deste processo não é institucional, mas sim, humano. Trata-se de um indivíduo dependente que espera e precisa de atendimento e que tem o direito de ter acesso a um tratamento seguro e apropriado à sua necessidade (37).

As políticas públicas norteadas para esta área, às comunidades terapêuticas e os conselhos municipais sobre drogas são providos de especificidades para o enfrentamento desta questão que necessitam ser articuladas e operacionalizadas em função de um atendimento adequado e interdisciplinar. A maior parte das CTs baseia-se em modelos fundamentalmente morais de tratamento da dependência de substâncias, essa filosofia unifica princípios de convivência comunitária e inserção social que dialogam com as atuais políticas públicas em *Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Assim, parece ser necessário não desprezar as possibilidades que essa modalidade de tratamento oferece, mas viabilize meios de aprimorar suas intervenções (37, 38).

Na realidade, as CT's necessitam de instalações apropriadas às necessidades dos internos e de suas equipes multidisciplinares, capazes de satisfazer diferentes níveis, tendo em vista o tratamento de pessoas e não de problemas, mediante um modelo teórico coerente provido de práticas bem definidas. Esses desafios não são apenas das CT's, porém, de todo o sistema de saúde mental do país. Os desafios para o progresso das CTs no Brasil parecem residir em seu aprimoramento e profissionalização, bem como, em uma maior aproximação com a pesquisa científica, objetivando a evolução das intervenções, a compreensão e o aperfeiçoamento dos fatores adjuntos a efeitos positivos, em síntese, do conhecimento sistematizado a respeito desse modelo de tratamento (38).

No que refere às principais drogas apontadas como eliciadoras de internação dos residentes pelas CT's estudadas, apontou-se que estas correspondem à dependência do Álcool e do Crack. Nesse sentido comunga-se o estudo de Schnorr e Hess que investigou as perspectivas do usuário de crack sobre a sua reinserção social após o término de seu tratamento em comunidade terapêutica. Evidenciando que trabalhar com a dependência química requer atenção às expectativas da família que emergem como objetivos principais desse período de readaptação (39).

Verificou-se que o tempo médio de residência dos internos nas CT's para tratamento, identificado nas três instituições, corresponde há 6 meses de internação. A permanência tradicional na CT era de 12 a 18 meses, mas esse tempo de duração tem se modificado atualmente, pois para as CT's afiliadas na FEBRACT a permanência padrão pode variar entre 6 e 9 meses (40).

Os profissionais das CT's analisadas neste estudo apontam que, para desenvolver atividades de tratamento do dependente, estes encontram como principais dificuldades à aceitação do tratamento, a ausência e o envolvimento da família, a atualização literária/ técnica e a internação involuntária.

É válido ressaltar que no estudo realizado por Schnorr e Hess, uma das preocupações evidentes dizia respeito à necessidade de resgatar e obter a aceitação da família do dependente, em auxiliar a conseguir novas amizades e afastar-se das antigas companhias de uso de drogas, ao qual sugeriu a importância de desenvolver novas técnicas para ajudar na fase de recuperação deste tipo de usuário (39).

As dificuldades vivenciadas por profissionais que lidam com dependentes químicos vão do acolhimento até o processo terapêutico. Muitas vezes, em razão do enredamento do seu agravo que envolve um contexto multifatorial a doença, seu baixo percentual de cura e a pouca aderência ao tratamento. O reconhecimento da pouca experiência da equipe para lidar com o problema, apesar de ser elevada a sua prevalência atualmente. A oferta insuficiente da rede de serviços de apoio especializado, que induz os profissionais a realizarem métodos que, em sua maior parte, não atendem às necessidades dessa população. Conseqüentemente a sistematização de um processo de trabalho, em que poucos são os profissionais que possuem capacitação para lidar com a dependência química (41).

Estas dificuldades podem ocorrer devidas o interno perceber que o trabalho de recuperação ou reabilitação na CT dá-se como uma possibilidade dentre as estratégias de reinserção social, sempre focadas em ações comunitárias, em frequentar ambientes considerados sempre saudáveis, em buscar Deus e a Igreja. E quando a necessidade provocada pela fissura, buscar um amigo (39).

No entanto, os profissionais devem buscar trabalhar com o dependente químico da melhor forma possível, por meio de ações empíricas, cuja proposta seja criar um ambiente acolhedor e partidário a ele, que possa envolver sua família. Bem como, é preciso aproveitar diferentes oportunidades para abordar o tema e a sua repercussão na vida dos envolvidos, por meio das queixas e dificuldades, que são

componente catalisadores de aproximação do dependente químico com a unidade e com os profissionais. A análise das falas conduz à reflexão da necessidade de uma qualificação da equipe por meio de medidas de uma educação continuada, para atuar junto ao dependente químico. Entretanto, é urgente a necessidade de haver apoio de uma rede de Saúde Mental bem estruturada, hábil a oferecer respaldo as demandas inerentes a esse contexto, de modo a elaborar propostas concretas para dinamizar essa área (41).

Quanto à atuação do psicólogo na CT, vale citar o estudo de Pereira, cujo objetivo foi investigar a atuação dos psicólogos em CT, a fim de identificar as possibilidades e limites encontrados por esses profissionais no trabalho com dependentes de álcool e outras drogas. Os resultados do referido estudo sugerem que a atuação do psicólogo na CT seja importante, e as atividades desenvolvidas por esses profissionais sejam em maior parte no processo de triagem e atendimento individual ou grupal. Por um lado, o discurso religioso pode dificultar a atuação do psicólogo, por outro lado, é preciso reconhecer que a religiosidade colabora para o tratamento, no sentido de reduzir possíveis recaídas. Um dos problemas encontrados por alguns psicólogos é falta de sigilo dentro da CT e falta de atividades alternativas às práticas religiosas de alguns usuários que não professam a mesma religião adotada pela instituição. Deste modo, a presença de psicólogos e o apoio da população a essas instituições são fundamentais (42).

É válido ressaltar que as práticas profissionais da Psicologia requerem a necessidade de pensar nas ações psicoterápicas psicossociais, que sejam capazes de proporcionar uma intervenção mais ampla que possa contribuir para uma evolução positiva do tratamento. No qual consiste fundamentalmente no apoio proporcionando a estrutura, monitoração, acompanhamento da conduta e encorajamento da abstinência. Proporcionando também, serviços ou tarefas concretas, tais como encaminhamento para emprego, serviços médicos e auxílio com questões legais (38, 16).

A pesquisa identificou que as intervenções médicas se restringem somente a prescrição médica de ansiolíticos e soníferos aos dependentes, em um breve atendimento ambulatorial. Dados estes que vão de comum acordo com a literatura que enfatiza a intervenção médica, deve-se ater aos cuidados médico-farmacológico, cujo é a desintoxicação e o tratamento das disfunções fisiológicas procedentes do uso

abusivo de substâncias, podendo abranger tratamento clínico geral e medicamentoso psiquiátrico e/ou neurológico (38).

É válido ressaltar que no aspecto do atendimento médico nas CT's evidenciou a ausência do atendimento humanizado, de um processo de anamnese que possibilite investigar os aspectos subjetivos que auxilie o profissional para o processo de reabilitação do dependente, no que possa fortalecer a equipe. Levando em consideração os aspectos biopsicosocial do sujeito, conforme pressupõe que seja o resultado do processo reabilitador (11, 13).

Como apreciado no estudo realizado, as atividades desenvolvidas em decorrência do tratamento, pelos profissionais das CT's analisadas, envolvem atendimento médico, de enfermagem, atendimento familiar, processo psicoterapêutico em grupo e individual, terapias ocupacionais e de grupo realizadas por meio de dinâmicas, ensinamentos para os internos do programa de prevenção e recaída embasados nos *Princípios dos Narcóticos Anônimos* (Anexo C) (43).

O tratamento estabelecido pelos NA, estabelece os "passos" que incluem a admissão de que existe um problema, auto-aceitação, a busca de ajuda, auto-avaliação, partilha em nível confidencial, reparar danos causados e trabalhar com outros adictos que queiram se recuperar. Tem princípios ecumênicos, ou seja, sem conotação religiosa, contudo encoraja cada membro a cultivar um entendimento pessoal, religioso ou não, de uma espécie de "despertar espiritual." Um diferencial destes grupos é a ênfase no valor terapêutico de ex-usuários trabalhando com outros adictos, no compartilhar das experiências subjetivas. Os grupos não oferecem terapias, moradias ou clínicas. Os membros mais antigos e experientes funcionam como uma espécie de apadrinhamento, como um conselheiro que oferece ajuda informal a membros mais recentes (44).

Para que as atividades nas CT's possam promover mudanças, é preciso entender o grupo social a ser trabalhado, isto é, compreender a dinâmica que os usuários produzem em seu ambiente, seus valores e símbolos. Compreender os residentes subjetivamente, a fim de identificar as dificuldades e potencialidades para levar a pessoa ao viver sóbrio. As atividades devem permitir que os internos sejam agentes de sua transformação biopsicossocial. Deve-se identificar os seus fatores motivadores, "[...] à experiência de consumo das substâncias psicoativas (se há relação com o sentido da vida, pertencimento a um grupo social, despreparo intelectual ou formação humana). [...]" Para atuar dentro de qualquer CT's, as políticas

públicas não podem ser padronizadas. Elas devem ser descentralizadas, de modo a respeitar as suas particularidades (45).

No processo de reinserção social do interno, é fundamental o papel da família e/ou núcleo de pessoas com quem o mesmo tem vínculos afetivos. É essencial que o interno tenha uma referência afetiva, que possa garantir “para quem” e “para onde” voltar. O desligamento institucional é angustiante para os internos desprovidos dessa referência. Por isso, a CT deve intermediar as suas relações afetivas, do internamento, ao desligamento, até o regresso ao convívio familiar. Toda a equipe, sobretudo o assistente social e o psicólogo devem atuar no sentido de fortalecer o convívio familiar. Lembrando-se ainda da importância da reinserção do egresso nos âmbitos educacional e profissional, para que o mesmo possa inserir-se na sociedade e praticar em plenitude o exercício da cidadania (45).

Conclui-se que de acordo com a RCD Nº 29 da Avisa/MS, as CT's pesquisadas não estão oferecendo um tratamento de qualidade que leve em consideração os aspectos biológico, sociais e psicológicos do usuário, nenhuma CT trabalha os aspectos sociais como exemplo: serviços profissionais e educacionais. Em uma CT é oferecido o serviço de contenção e internação involuntária, ou seja, o querer do usuário não é respeitado, o que contribui ainda mais para futuras recaídas, pois, também foi possível evidenciar que somente uma CT oferece a o acompanhamento psicológico que trabalha a prevenção de recaída. Estudos apontam que ao trabalhar com o dependente quando este encontra-se em recuperação, valorizando o preparo para inserção social e cuidando para a elaboração do sujeito as recaídas, reforça que esse retorno ao convívio familiar e social, muitas vezes, não acontece com a tranquilidade necessária ao equilíbrio emocional do egresso ao iniciar essa nova etapa de sua vida. O que possivelmente sempre irá gerar uma expectativa de ambos os lados. Sendo importante destacar a necessidade de fortalecer o dependente em recuperação buscar novas relações sociais, o que muitas vezes estão no egresso que criam vínculos com as igrejas e seus (36, 46).

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou saber quais são os mecanismos de tratamento para os dependentes de álcool e outras drogas que estejam em condição de reabilitação em comunidades terapêuticas, foi possível constatar que não há um protocolo específico de ações nas CT's e que cada uma delas tende a agir com sua própria filosofia institucional, como os 12 passos do NA, prevenção de recaída, terapia racional emotiva, ações de ressocialização, acompanhamento médico, psicológico, serviços de contenção, trabalhos que envolvem a espiritualidade e o emocional do indivíduo.

Genericamente, foi possível observar no estudo realizado que para obter respostas mais eficazes, as propostas de intervenção nas CT's, devem ser fundamentadas em diferentes abordagens, como a abordagem médico-farmacológica que tem o objetivo de desintoxicar e tratar as disfunções fisiológicas concludentes de drogas e envolve tratamento clínico geral e medicamentoso, podendo ser psiquiátrico e/ou neurológico; a abordagem psicossocial que envolve diversas psicoterapias propostas em grupo ou individual, com enfoque teórico psicodinâmico, cognitivo comportamental, sistêmico ou técnico no sentido de oferecer suporte, apoio ou aconselhamento aos dependentes; a abordagem sociocultural cujo modelo de tratamento se fundamenta em grupos de autoajuda; a abordagem religiosa que inclui a atuação de profissionais como médicos, psicólogos e assistentes sociais e centraliza a intervenção em fatores associados à crença, como a doutrinação e o aconselhamento espiritual.

Foi possível perceber que quando se trata de dados que leve em consideração aos aspectos que antecederam o uso ou abuso é desconsiderado para o processo de admissão do usuário, como os aspectos biopsicossocial, ou seja, não há um processo estabelecido que contemple estes aspectos e de sustentabilidade para o processo de reabilitação.

Conclui-se os estudos evidenciando ser fundamental importância propor mais estudos referentes ao trabalho dos psicólogos e os demais envolvidos em CT, de modo a ampliar o conhecimento a respeito do que pode ser proposto para o tratamento dos dependentes de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

- (1) Pratta EMM. O Processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. abr-Jun. 2009; 25(2): 203-211.
- (2) Sabino NM, Cazenave SOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Arq est psi*. 2005; 22(2): 167-174.
- (3) Serrat SM. Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos. *Comunidades terapêuticas*. *Revista Psicologia Política*; 2007; 7(11).
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada da Agência Nacional em Vigilância Sanitária. Resolução-Rdc/Anvisa nº 101/2001. Brasília; 2001; 15p.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2ª. ed. ver. Ampl. Brasília, 2004.
- (6) Secretaria Nacional Antidrogas. [homepage na internet]. Comunidades Terapêuticas. 2013.
- (7) Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. [homepage na internet]. Livro informativo sobre drogas psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2011.
- (8) Organización Mundial de La Salud. Conclusiones y recomendaciones de las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes de la 42a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra; 1989 (p.3)
- (9) APA. Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV. Trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- (10) OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições e Diretrizes Diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. 10ª rev. Porto Alegre: Artmed; 1993.
- (11) Brasil. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 5ª . ed. Brasília; SENAD; 2013. 450p.
- (12) Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer, Rio de Janeiro: INCA; 2002.

- (13) Ministério da Justiça. Brasil realiza pesquisa sobre o uso do crack. Levantamento. Estudo sobre o perfil dos usuários da droga no Brasil é o maior do mundo e irá subsidiar ações do Crack, 2013.
- (14) Brasil. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 5ª . ed. Brasília. SENAD; 2013. 450p.
- (15) Valencia L. Drogas, conflito e os EUA: a Colômbia no início do século. In: Estudos Avançados. n. 55. vol.19. São Paulo, Dez/2005.
- (16) Brasil. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Laranjeira R... [et al]. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas; 2007. p.75.
- (17) Laranjeiras R, Oliveira RA, Nobre MRC. Bernardo WM. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira; 2003. p.120.
- (18) Unodoc - Nações Unidas: escritório sobre drogas e crime. O Relatório Mundial sobre Drogas; 2009.
- (19) Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará [homepage na Internet]. Publicações.
- (20) Bucher R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- (21) Bertolote JM. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: Ramos S P (Org.). Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- (22) Santos TC, Carrapato JL. As consequências do uso de substância psicoativas no aspecto biopsicossocial. Revista Unitoledo; 2005.
- (23) Azevedo RCS. Aids e usuários de cocaína: Um estudo sobre comportamentos de risco. Tese Doutorado (Clínica Médica). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica; 2000.
- (24) Pratta EMM. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Abr-Jun. 2009, (25): 2, p. 203-211.
- (25) World Health Organization. Non-voluntary Treatment of Alcohol and Drug-Dependence: A European Perspective. Report of the meeting in Moscow, Russia, April 22-23, 1999. Regional Office for Europe; 1999.
- (26) Unodoc. [homepage na Internet]. Drogas e crime; 2013.
- (27) Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas. [homepage na Internet]. I Levantamento Nacional Sobre Drogas.

- (28) Silveira CM. Padrões de Consumo do Álcool na População Brasileira. In: Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Prevenção do Uso de Drogas. 5ª ed. Brasília, DF: SENAD; 2013. p. 89.
- (29). Vieira E. Política econômica e política social. In: Os direitos e a política pública social. São Paulo: Cortez; 2004.
- (30) Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Diretoria de Planejamento e Avaliação de Políticas Sobre. Drogas Comunidades Terapêuticas, 2014.
- (31) Brasil. Sistema Único de Saúde [homepage na Internet]. Legislações; 2013.
- (32) Conselho Federal de Psicologia. [homepage na Internet]. Avaliação das Comunidades Terapêuticas.
- (33) Cruz MS. Redução de Danos, Prevenção e Assistência. In: Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Prevenção do Uso de Drogas. 5ª ed. Brasília, DF; 2013. p. 163-4.
- (34) Navarrete MLV, Silva MRF, Pérez ASM, Sanmaned MJF, Gallego MED, Lorenzo IV. Tradução: Silva MRF, Silva MRF. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada em saúde. Recife: IMIP; 2009.
- (35) Bós ÂJG. Epi Info sem mistérios: um manual prático. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. p. 211.
- (36) Brasil. Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011
- (37) Costa SF. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. Serviço Social em Revista. Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina. Jan/Jun; 2009, (11): 2. p.01-14.
- (38) Scaduto AA. O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2010, 170f.
- (39) Schnorr A, Hess ARIB. Perspectivas do usuário de crack ao término do tratamento em comunidades terapêuticas quanto a sua reinserção social. Trabalho de Conclusão II. Artigo de pesquisa. Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara, Taquara-RS; 2012.
- (40) Perrone P A K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. Ciênc. saúde coletiva [online]; 2014, (19):2, p. 569-

(41) Pantoja DJS. As dificuldades enfrentadas pela estratégia saúde da família no cuidado à saúde do dependente químico. Daumas H. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá, 2012. Rio de Janeiro, 2012. 78f.

(42) Pereira AC. Atuação de psicólogos em comunidades terapêuticas: possibilidades e limites no trabalho com usuários dependentes de álcool e outras drogas. 2013. 58f. Monografia (Conclusão de curso) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade de Psicologia, Belo Horizonte.

(43) Os 12 passos de Narcóticos Anônimos. Disponível em: <http://www.na.org.br/os_12_passos_de_narcoticos_anonimos.html> Acesso em: 25 ago. 2014.

(44) Oliveira IBS. Tecendo Saberes: Fenomenologia do tratamento da dependência química. Cadernos de Terapia Ocupacional. 2010; 16(1):63-65.

(45) Barros CAS. Um estudo sobre relações entre indivíduo, comunidade e desenvolvimento local a partir de uma comunidade terapêutica, Tese (Mestrado em Desenvolvimento Local) Universidade Católica Dom Bosco. UCDB de Campo Grande. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local. Campo Grande; 2012. 68f.

(46) Costa FS. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. [Internet]. 2000 [acesso em 2014 nov 4]; 3(2): 30 p. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_processo.htm.

APÊNDICE – A

Roteiro de Entrevista com Dirigentes das Comunidades Terapêuticas

1. Quantos pacientes residem na comunidade? Dentre estes, quantos são reincidentes?
2. Quantos pacientes são do sexo:
Masculino_____ Feminino_____
3. Quais as principais drogas descritas de uso dos pacientes internos?
4. A comunidade terapêutica está vinculada a algum princípio religioso?
5. A instituição juridicamente é caracterizada de que forma?
6. Qual tempo médio que os pacientes permanecem na comunidade?
7. Qual a abordagem de tratamento que a instituição oferece?

APÊNDICE – B

Questionário de Identificação de Prática Profissional em Comunidades Terapêuticas

1. Profissão: _____
2. Ano de Conclusão: _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Quanto tempo atua com a dependência química?
() A menos de um ano
() 1 a 3 anos
() 4 a 6 anos () 7 a 9 anos
() A mais de 10 anos
5. Antes de ser profissional, no período de formação pensava em trabalhar com a dependência de drogas?
() Já tinha como foco o trabalho na área
() Nunca pensei na possibilidade de trabalhar
() Em algum momento da formação cheguei a pensar, mas não tinha certeza
6. Após a sua formação, ao integrar-se na equipe multidisciplinar do tratamento da dependência das drogas, você buscou profissionalizar na área através de estudos específicos?
() Sim () Não
Se SIM, que tipo de estudo você buscou?
7. Você trabalha em dedicação exclusiva a Comunidade Terapêutica?
() Sim () Não
Se NÃO, que tipo de atividade você desenvolve além desta ?
8. Em sua opinião, o que faz um tratamento a dependentes ser de qualidade?
() A capacitação profissional periódica

- () A discussão de caso na equipe multiprofissional
- () A participação em congressos e jornadas
- () A integração da equipe junto à família do dependente
- (----) Outras: _____

9. Quais os motivos que lhe faz trabalhar com a dependência das drogas?

10. Quais as dificuldades encontradas no processo de tratamento do dependente, no dia a dia da prática profissional?

11. Que tipo de atividade você desenvolve com os pacientes em decorrência do tratamento?

APÊNDICE – C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)

Nome do participante: _____
 Documento de identidade: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 CPF nº: _____
 Endereço: _____ Nº _____ Apto: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ CIDADE: _____
 Telefone(s): _____

EU, acima qualificado CONCORDO em participar da pesquisa “A especificidade do tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no contexto da internação”, coordenada pelo pesquisador responsável Gilmar Antoniassi Junior e conduzida por Francisco Ferreira Brandão Junior aluno/pesquisador do curso de Psicologia da Faculdade Patos de Minas, de Patos de Minas-Mg. Explicaram-me que esta pesquisa se justifica pela relevância diante das diversas discussões que envolvem ações de políticas públicas e sociais que visem debater os mecanismos de tratamento dos dependentes do uso de álcool e outras drogas;

1. Ao ser convidado a participar, explicaram-me que os objetivos da pesquisa são: Verificar os protocolos de intervenção no tratamento de pacientes usuários de álcool e outras drogas em condição de internação em comunidades terapêuticas. E que tais procedimentos não trarão quaisquer danos à minha saúde, entretanto se sentir a necessidade de estabelecer um diálogo poderá procurar o Departamento de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas;

2. O procedimento de coleta de aplicação de uma entrevista semiestruturada para dirigentes e um questionário de identificação prática profissional para os profissionais envolvidos nas comunidades terapêuticas. O processo transcorrerá primeiramente com a visita aos dirigentes das comunidades terapêuticas, ao qual será apresentado o TCLE e explicado todos os procedimentos éticos da pesquisa, garantindo ao participante o direito de não participar. Somente após todas as dúvidas esclarecidas, o pesquisador iniciará a entrevista proposta no instrumento. Logo após a entrevista com os dirigentes da CT, será feito um encontro com os profissionais envolvidos nas atividades de tratamento da instituição, ao qual serão explicados a todos os profissionais os procedimentos éticos e técnicos do estudo. Os profissionais serão orientados a primeiramente preencher o TCLE garantindo o direito de não participar do estudo. Os profissionais serão informados, que após assinar o TCLE depositar em uma urna, ao qual estará disposta em um local específico. Posteriormente ele retira o questionário proposto no instrumento e assim que responder, devolverá em outra urna disposta com identificação de urna de questionários.;

3. Estou ciente de que os benefícios esperados por participar neste estudo são: O estudo possibilitará identificar o perfil do usuário em condição de tratamento e o envolvimento com o álcool e outras drogas, identificando a prática de tratamento em 3 instituição de reabilitação do Estado de Minas Gerais na região do Alto Paranaíba. Essa análise permitirá discutir as estratégias de intervenção que vislumbre esclarecer o papel da Psicologia na eficácia do tratamento, desenvolvendo medidas que promova a saúde do dependente. Somente após os resultados e conclusão da pesquisa é que se verificará a presença de um benefício real;

4. Explicaram-me que o(s) pesquisador(es) garantirão o sigilo absoluto quanto a minha identidade, sob sua responsabilidade e as penas sob previstas na Lei brasileira;

5. Sei que minha participação é livre não importando quaisquer prejuízos pessoais, e que não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração, auxílio ou subsídio, também sei que não tenho o dever de pagar por minha livre participação;



Universidade de Franca
Pró-Reitoria de Pesquisa
e de Pós Graduação



CEPE
 COMITÊ DE ÉTICA
 EM PESQUISA

6. Estou ciente de que poderei, a qualquer momento, desistir da participação, sem que isso implique responsabilização, ou o cancelamento dos serviços oferecidos por esta instituição;

7. Terei o direito de me dirigir, a qualquer momento, ao(s) pesquisador(es) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo portanto o direito à informação;

8. Por fim, receberei uma cópia deste documento com os nomes e telefones de contato do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca.

Declaro que concordo LIVREMENTE em participar desta pesquisa, pois fui totalmente esclarecido pelo pesquisador e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação neste estudo.

 Assinatura do participante

Patos de Minas, ____ de _____ de 2014

Nome do Pesquisador Responsável: Gilmar Antoniassi Júnior

Tel para contato: (34) 3818-2300 (DPGPSI/FPM)

E-mail: jrantiassi@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca: (16) 3711-8904.

E-mail: cepe@unifran.br.

Endereço: Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 CEP: 14404-600, Pq. Universitário, Franca, São Paulo.

Nome do Pesquisador Responsável: Francisco Ferreira Brandao Junior

Telefone para contato (34) 3823-5445 9999-4458 9669-4464

E-mail: brandaojunior2006@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca: (16) 3711-8904.

E-mail: cepe@unifran.br.

Endereço: Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 CEP: 14404-600, Pq. Universitário, Franca, São Paulo.

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 466/12 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Patos de Minas, ____ de ____ 2014.

Gilmar Antoniassi Júnior
Pesquisador Responsável

Francisco Ferreira Brandão Junior
Pesquisador Participante

ANEXO – A

RESOLUÇÃO – RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 30 de junho de 2011, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I
Objetivo

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.

Seção II
Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica a todas as instituições de que trata o art. 1º, sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas.

Parágrafo único. As instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos nesta Resolução deverão observar, cumulativamente às disposições trazidas por esta Resolução às normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Seção I

Condições Organizacionais

Art. 3º As instituições objeto desta Resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.

Art. 4º As instituições devem possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.

Art. 5º As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como:

I - horário do despertar;

II - atividade física e desportiva;

III - atividade lúdico-terapêutica variada;

IV - atendimento em grupo e individual;

V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;

VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;

VII - registro de atendimento médico, quando houver;

VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;

IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;

X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;

XI - atendimento à família durante o período de tratamento.

XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e

XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.

Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

Seção II

Gestão de Pessoal

Art. 9º As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

Art. 10. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.

Seção III Gestão de Infraestrutura

Art. 11. As instalações prediais devem estar regularizadas perante o Poder Público local.

Art. 12. As instituições devem manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 13. As instituições devem garantir a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público.

Art. 14. As instituições devem possuir os seguintes ambientes:

I- Alojamento

a) Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação; e

b) Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes;

II- Setor de reabilitação e convivência:

a) Sala de atendimento individual;

b) Sala de atendimento coletivo;

c) Área para realização de oficinas de trabalho;

d) Área para realização de atividades laborais; e

e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;

b) Sala administrativa;

c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e

d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

a) cozinha coletiva;

b) refeitório;

c) lavanderia coletiva;

d) almoxarifado;

e) Área para depósito de material de limpeza; e

f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

§ 1º Os ambientes de reabilitação e convivência de que trata o inciso II deste artigo podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos.

§ 2º Deverão ser adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Art. 15. Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.

CAPÍTULO III
DO PROCESSO ASSISTENCIAL
Seção I
Processos Operacionais Assistenciais

Art. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente.

Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.

Art. 20. Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir:

I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

II - a observância do direito à cidadania do residente;

III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e

V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

Art. 21. As instituições devem definir e adotar critérios quanto a:

I - Alta terapêutica;

II - Desistência (alta a pedido);

III - Desligamento (alta administrativa);

IV - Desligamento em caso de mandado judicial; e

V - Evasão (fuga).

Parágrafo único. As instituições devem registrar na ficha individual do residente e comunicar a família ou responsável qualquer umas das ocorrências acima.

Art. 22. As instituições devem indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 23. As instituições de que trata a presente Resolução terão o prazo de 12 (doze) meses para promover as adequações necessárias ao seu cumprimento.

Art. 24. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 25. Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 101, de 31 de maio de 2001.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011.

ANEXO – B

OS 12 PASSOS DE NARCÓTICOS ANÔNIMOS

Fonte: Os 12 passos de Narcóticos Anônimos.
Disponível em:
<http://www.na.org.br/os_12_passos_de_narcoticos_anonimos.html> Acesso em: 25 ago. 2014.

- 1º. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.
- 2º. Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.
- 3º. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.
- 4º. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.
- 5º. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.
- 6º. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7º. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.
- 8º. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.
- 9º. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando faze-lo pudesse prejudica-las ou a outras.
- 10º. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- 11º. Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.
- 12º. Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autor Orientando:

Nome completo: Francisco Ferreira Brandão Junior

Endereço: Rua Zizinho Vida, 400, ed 06 apto 11. Bairro Jardim Panorâmico Patos de Minas, MG.

Telefone (34) 3823-3016 (34) 9669-4464

Email: brandaojunior2006@hotmail.com

Autor Orientador:

Nome completo: Gilmar Antoniassi Júnior

Endereço: Rua Major Gote, 1901, FPM/Campus Shopping, 2º andar. Centro Patos de Minas, MG.

Telefone: (34) 3818-2300

Email: jrantoniassi@bol.com.br

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 22 de Setembro de 2014.

Francisco Ferreira Brandão Junior

Gilmar Antoniassi Júnior