As Comunidades Terapêuticas (CT) são constituídas para enfrentar os problemas de dependência de substâncias psicoativas em todo o mundo. Estas instituições são responsáveis por fornecer um modelo de reabilitação que permita aos pacientes obter autonomia e reintegrar-se na sociedade.

editora
Fazenda da Esperança

LATC
LATIN AMERICAN THERAPEUTIC COMMUNITIES RESEARCH

Latin American Therapeutic Communities Research (LATC)

Relatório final
Consolidado internacional

Comunidades terapêuticas: Um tratamento alternativo para o problema da dependência

ÍNDICE

JUSTIFICATIVA, 5
MARCO CONCEITUAL, 6
OBJETIVOS, 8
Objetivo geral, 8
Objetivos específicos, 8
METODOLOGIA, 9
Tipo de pesquisa, 9
Projeto de pesquisa, 9
FASE 1, 11
RESULTADOS, 11
I. Taxa de resposta das comunidades terapêuticas, 11
II. Cumprimento dos critérios de De Leon, 13
Pontuação geral, 13
Pontuação individualizada dos critérios, 14
III. Serviços de saúde, 15
IV. Tipos de abuso a tratar, 16
V. Razões para o abandono, 17
CONCLUSÕES DA FASE 1, 18
Critérios de De Leon, 18
Serviços de saúde, 18
Tipos de abuso e razões para o abandono do tratamento, 18
FASE 2, 19
Critérios de inclusão, 19
Critérios de exclusão, 19
RESULTADOS, 20
I. Caracterização dos residentes das comunidades terapêuticas, 20
Idade, 20
Gênero, 20
Estado civil, 20
Atividade de trabalho, 21
Idade do primeiro consumo de drogas, 21
Consumo de substâncias 30 dias antes da admissão, 22
Consumo de álcool, 23
Internações anteriores, 23

Rede de apoio, 24
Sintomas emocionais, 24

II. Pesquisa de satisfação do usuário, 24
Processo de admissão, 24
Informações sobre admissão e cuidados médicos, 25
Avaliação da equipe de trabalho, 25
Satisfação com a infra-estrutura, 25
Percepção de melhora, 25
III. Questionário de elementos essenciais e indicadores de qualidade da CT, 26
IV. Análise de bases de dados restrospectivos, 28
Idade, 28
Gênero, 28
Razões para o abandono do programa, 28
Razões para o abandono, 29
Atividade dos pacientes em tratamento e meios de acompanhamento, 29
Admissões, altas e abandonos, 30

CONCLUSÕES DA FASE II, 31
Características sócio-demográficas, 31
Características de consumo, 31
Sintomas de saúde mental, 31
Satisfação do usuário, 32
Elementos essenciais e indicadores de qualidade, 32
Dados retrospectivos, 32
Número de admissões, desistências e altas terapêuticas, 33

RECOMENDAÇÕES FINAIS, 33
FOTOGRAFIAS, 34
AGRADECIMENTOS, 36
REFERÊNCIAS, 37

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA AMÉRICA LATINA I, 39
Projeto, 41
Métodos, 41
Resultados, 41
Conclusão, 41

INTRODUÇÃO, 42
MÉTODOS, 43
RESULTADOS, 46

I. Comunidades terapêuticas identificadas e sua participação no estudo, 46
II. Serviços de saúde oferecidos, 47
III. Problemas de abuso, 48
IV. Razões para o abandono do programa de tratamento, 48
V. Qualidade geral das CT de acordo com os critérios de De Leon, 49
VI. Pontuação individual dos critérios de De Leon, 50

DISCUSSÃO, 51
CONCLUSÃO, 54
AGRADECIMENTOS, 54
Comunidades terapêuticas na América Latina I, 55
Afiliações, 55
Autor correspondente, 55
Financiamento, 56

REFERÊNCIAS, 56

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA AMÉRICA LATINA II, 59
Métodos, 61
Resultados, 61
Conclusão, 61

INTRODUÇÃO, 62
MÉTODOS, 63
RESULTADOS, 66
I. Comunidades terapêuticas selecionadas e número de usuários participante, 66
II. Idades de consumo e internações anteriores, 67
III. Consumo de substâncias psicoativas, 68
IV. Pesquisa de satisfação do usuário, 69
V. Elementos essenciais da CT, 71
VI. Coleta retrospectiva de dados, 73

DISCUSSÃO, 74
CONCLUSÃO, 77
AGRADECIMENTOS, 78
Comunidades terapêuticas na América Latina II, 78
Afiliações, 78
Autor correspondente, 78
Financiamento, 78

REFERÊNCIAS, 79

Editora Fazenda da Esperança
Retorno à Vida
Caixa postal 529 - CEP: 12511-970
Guaratinguetá/SP
retornoavida@fazenda.org.br
Telefone: (12) 3128-8900
www.fazenda.org.br

1°edição língua portuguesa 2016

Países Participantes: Brasil, Colômbia, México, Peru

Crédito
Ronaldo Laranjeira

Pesquisadores
Brasil
Marcelo Ribeiro
Ana Carolina Schmidt de Oliveira

Colômbia
Carlos Gómez Restrepo (Investigador principal)
Patricia Maldonado Riveros

México
Joel Salvador Chávez Rivera
Alberto Godínez García

Peru
Marina Piazza Ferrand
Dora Blitchtein Winicki

Novembro 2014

JUSTIFICATIVA

As Comunidades Terapêuticas (CT) são constituídas para enfrentar os problemas de dependência de substâncias psicoativas em todo o mundo (1). Estas instituições são responsáveis por fornecer um modelo de reabilitação que permita aos pacientes obter autonomia e reintegrar-se na sociedade. O abuso de substâncias químicas é um problema complexo que gera patologias secundárias, reduz a qualidade de vida, gera problemas sociais e aumenta a morbidade e mortalidade desses pacientes. É por isso que várias abordagens terapêuticas tem sido desenvolvidas buscando uma resposta a esta patologia (2).

Tais comunidades procuram afastar o indivíduo do ambiente das drogas e proporcionar um ambiente mais seguro (3). Provavelmente em toda América Latina há muitas instituições que se denominam CT, porém, um grande número desses estabelecimentos não cumprem os critérios de De Leon que estabelecem os padrões internacionais que as CT devem possuir.

Embora existam inúmeras comunidades terapêuticas em todo o mundo, sua produção científica é baixa (4), razão pela qual não se sabe se as CT na América Latina são capazes de capacitar e encorajar os residentes para superar o problema com as drogas e alcançar sua autonomia (5).

Devido a esta lacuna na informação, pretende-se realizar um estudo que identifique as comunidades terapêuticas no Brasil, Colômbia, México e Peru que cumpram com os critérios de De Leon, bem como avaliar a sua eficácia, caracterizar os residentes das CT e determinar o nível de satisfação dos usuários, a taxa de admissões, desistências, altas terapêuticas e recaídas.

Abuso e dependência de substâncias psicoativas é um transtorno complexo que pode envolver quase todos os aspectos do funcionamento de uma pessoa, na família, no trabalho e na comunidade.

A comunidade terapêutica é um contexto educacional de tratamento intenso 24 horas por dia. Devido a isso, é possível desenvolver elementos terapêuticos e educacionais diferentes e variados (6–12). Dentro das CT, as atividades e instrumentos terapêuticos utilizados são grupos de auto-ajuda, seminários temáticos, entrevistas pessoais, reuniões na casa, organização do trabalho em setores, atividades de educação para a saúde e atividades físicas.

Em geral, as comunidades terapêuticas são ambientes residenciais livres de drogas que usam um modelo hierárquico com fases de tratamento que refletem o aumento dos níveis de responsabilidade pessoal e social. É usada a influência entre os colegas, mediada através de uma variedade de processos de grupo, para ajudar a cada pessoa a aprender e assimilar as normas sociais e desenvolver habilidades sociais mais eficazes.

Em 1992, De Leon (11) levantou uma série de componentes do modelo genérico de Comunidade Terapêutica apresentados na tabela abaixo:

Tabela 1. Descrição dos critérios de De León (11)

Componente	Breve descrição
Duração prevista do tratamento	A duração do processo irá variar de acordo com o caso individual de cada pessoa, embora um período mínimo de envolvimento intensivo seja necessário para assegurar a interiorização dos ensinamentos da comunidade terapêutica
Separação da comunidade	No contexto residencial, os pacientes permanecem afastados do ambiente externo 24 horas por dia durante vários meses, antes de adquirir privilégios de permissão
Atividades comunitárias	Com exceção do counselling (aconselhamento) individual, todas as atividades estão programadas em formato coletivo

Papéis e funções da equipe	Independentemente da função profissional, o papel genérico dos funcionários é o de membro da comunidade. Portanto, sua missão é a de exercer autoridade racional, facilitar e fornecer pautas de ação, de acordo com o método da comunidade de auto-ajuda
Residentes vistos como modelo de funções	Os membros que demonstram comportamentos esperados e refletem os valores e necessidades da comunidade são utilizados como modelos. Espera-se que todos os membros da comunidade tornem-se modelos de função
Um dia estruturado	As atividades diárias organizadas contrastam com vidas caracteristicamente desorganizadas desses usuários e os afastam de pensamentos negativos e de tédio, fatores que predispõem ao consumo de drogas
Trabalho como terapia e educação	De acordo com a metodologia de auto-ajuda, todos os usuários são responsáveis pela gestão diária das instalações. As diferentes funções de trabalho transmitem os efeitos educacionais e terapêuticos essenciais
Uma visão da recuperação e do modo de vida correto	Há um repertório formal e informal para educar sobre a perspectiva da comunidade terapêutica, especialmente seus conceitos em torno da recuperação por meio da auto-ajuda e visão do modo de vida correto
Grupos de encontro entre os residentes	O menor denominador comum em todos os grupos de encontro é aumentar a consciência das pessoas sobre os padrões de atitude ou de comportamento específicos que deveria modificar
Treinamento da consciência	Todas as intervenções terapêuticas e educacionais implicam um aumento da consciência individual sobre o impacto do seu comportamento e atitudes, tanto em si mesmo quanto em seu ambiente social; e, inversamente, o impacto dos comportamentos e atitudes dos outras pessoas no próprio indivíduo e ambiente
Treinamento do crescimento pessoal	Isso requer instruir indivíduos sobre como identificar sentimentos, expressá-los adequadamente e lidar com eles de forma construtiva através de demandas interpessoais e sociais da vida comunitária
Continuidade de cuidados	Posteriormente à realização do programa, a visão do modo de vida correto, a recuperação baseada na auto-ajuda e o uso de redes de residentes, são essenciais para enriquecer o uso adequado de serviços de ensino profissional, de saúde mental, e outros cuidados típicos necessários na fase de convalescença ou readmissão

Fonte: De Leon, 1995

Objetivo geral

Conhecer e descrever a estrutura, funções e resultados das Comunidades Terapêuticas (CT) em quatro países da América Latina como uma das alternativas de tratamento para a dependência.

Objetivos específicos

1 Identificar as comunidades terapêuticas que atendem aos critérios de De Leon nos diferentes países participantes.

2 Identificar os elementos essenciais e indicadores de qualidade apresentados pela CT em países modelo, bem como seus Programas Terapêuticos.

3 Determinar o nível de satisfação dos pacientes com as estratégias terapêuticas recebidas durante a sua permanência na CT.

4 Determinar a taxa global de admissões, altas terapêuticas e abandono do programa em algumas comunidades terapêuticas selecionadas comparativamente nos países participantes.

5 Caracterizar demograficamente os residentes das comunidades terapêuticas incluídas no estudo.

6 Caracterizar o consumo de álcool, substâncias psicoativas e os sintomas emocionais em residentes das CT incluídas no estudo, de todos os países participantes.

Tipo de pesquisa

Estudo multicêntrico, do tipo misto qualitativo, quantitativo e descritivo.

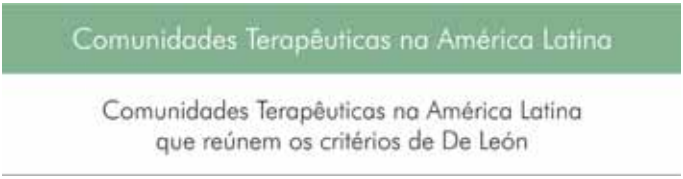
Projeto de pesquisa

Através de uma abordagem qualitativa e quantitativa, foi realizado um estudo de duas fases (ver Gráfico 1 e 2). Na ***primeira fase***, através das entidades responsáveis pela regulação das comunidades terapêuticas registradas em cada país, foi realizada uma pesquisa que incluiu os critérios de De Leon, a fim de identificar o número de comunidades terapêuticas que irão aderir aos critérios e determinar sua distribuição territorial. Da mesma forma, a pesquisa contou com perguntas que questionaram sobre o número de pacientes em tratamento e suas estratégias terapêuticas. As CT receberam um e-mail e/ou envelope contendo o questionário (de acordo com os requisitos de cada país), carta de apresentação do investigador principal, carta do presidente das comunidades terapêuticas a nível latino-americano e carta do presidente das comunidades terapêuticas no âmbito nacional, a fim de incentivar a participação no estudo.

Na ***segunda fase*** foram selecionadas até cinco comunidades terapêuticas com a melhor pontuação conforme os critérios de De Leon de cada país e foram aplicados diferentes questionários: Admissão dos usuários, satisfação de todos seus residentes, o questionário de Indicadores de Qualidade e Elementos Essenciais e foi recolhida informação sobre as admissões, altas terapêuticas e desistências. As comunidades terapêuticas foram selecionadas dependendo do número de comunidades disponíveis e do número de pacientes tratados. Incluía apenas pacientes que deram entrada no início do segundo semestre de 2009 até o final do primeiro semestre de 2012.

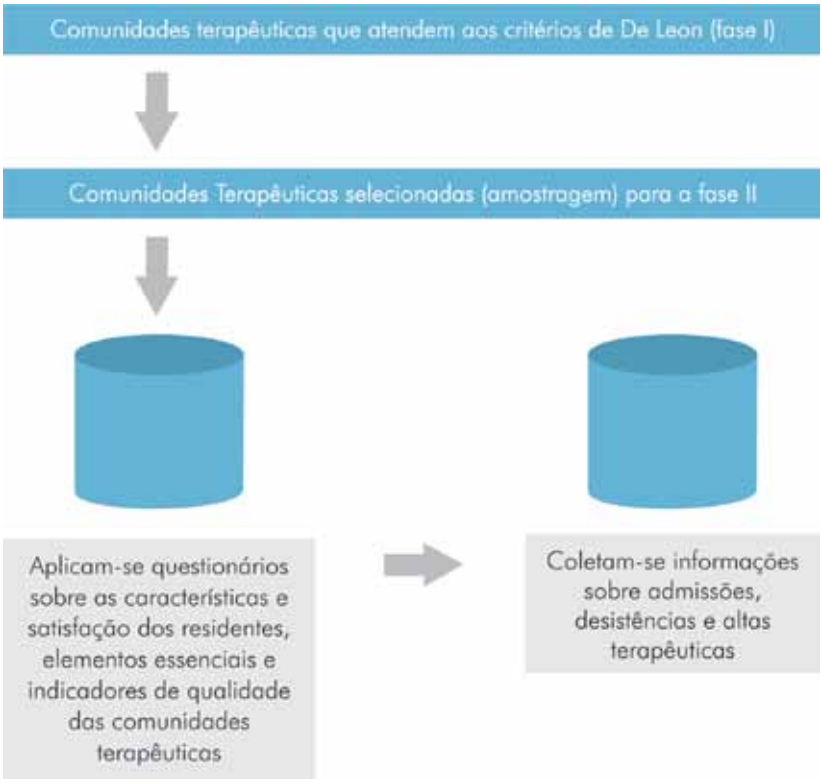
Fase 1

Através de um questionário, foram identificadas as comunidades terapêuticas que atendiam os critérios de De Leon.



Fase 2

Foram selecionadas as comunidades terapêuticas que atendiam os critérios de De Leon e aplicaram-se os questionários de satisfação dos usuários, indicadores de qualidade, elementos essenciais e questionário de admissão. Além disso, foram coletadas informações sobre as admissões, altas terapêuticas e desistências dos três anos anteriores ao estudo.



FASE 1

Nesta fase pretende-se identificar as comunidades terapêuticas existentes e registradas em cada país e através de um questionário dirigido aos gestores onde se questiona sobre os critérios de De Leon, se estabelecem aquelas que relataram maior cumprimento destes critérios, além disso, se questiona sobre a carga horária de diferentes serviços de saúde, capacidade instalada de pacientes, e as razões principais de abandono da comunidade.

RESULTADOS

I. Taxa de resposta das comunidades terapêuticas

Em cada país, cada equipe de investigação entrou em contato com as comunidades terapêuticas registradas em organizações especializadas no assunto, essas entidades são mencionadas abaixo:

Brasil: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)
Colômbia: Federación Colômbia na de Comunidades Terapéuticas (FECCOT)
México: Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) - Federação Mexicana de Comunidades Terapêuticas (FEMEXCOT)
Peru: Desenvolvimento e Vida sem Drogas (DEVIDA) pelo Ministério da Saúde do Peru (MINSA), Associação de Comunidades Terapêuticas Peruanas (ACTP), Centro de Informação e Educação para a Prevenção do Abuso de drogas (CEDRO)

Através de diferentes meios de comunicação houve uma tentativa de comunicação em várias ocasiões com as diferentes comunidades terapêuticas, a fim de convidá-las a participar do estudo, foi dado um intervalo de tempo de 7 a 8 semanas para receber resposta.

No total, trabalhou-se com 232 comunidades registradas nos 4 países incluídos neste relatório, com uma taxa de resposta total de 57,8% (n=134). Não houve comunicação ou resposta de 32,3% (n=75) das comunidades (Ver Tabela 2). Todos os países apresentaram uma taxa de resposta superior a 44% do total de comunidades terapêuticas registradas, no Brasil chamou a atenção que cerca de metade das comunidades contatadas recusou-se a participar do estudo.

As análises desta primeira fase são baseadas em um total de 134 comunidades, que eram aquelas que concordaram em participar do estudo e responderam ao questionário correspondente (20 no Brasil, 49 na Colômbia, 20 no México e 45 no Peru).

Figura 1. Taxa total de resposta da CT

Tabela 2. Taxa de resposta das comunidades terapêuticas

	Brasil		Colômbia	
Comunidades Terapêuticas	nº	%	nº	%
Total de Comunidades	43	100	68	100
Não foi possível contatar	3	7,0	18	26,5
Não desejam participar	20	46,5	1	1,5
Sem resposta	20	46,5	49	72,1

México		Peru		Total	
nº	%	nº	%	nº	%
20	100	101	100	232	100
0	0	54	53,5	75	32,3
0	0	2	2,0	23	9,9
20	100	45	44,6	134	57,8

Tabela 2

II. Cumprimento dos critérios de De Leon

Pontuação geral

Uma vez que é obtida a resposta do primeiro questionário, é feita uma análise do cumprimento dos critérios de De Leon, definindo uma pontuação máxima de 12 pontos (atende a todos os critérios (ver Tabela 1). No caso do Peru, foram estabelecidos grupos de indicadores diferentes aos critérios De Leon, seus resultados nesta seção não são comparáveis com os de outros países. Por conseguinte, esta análise é de um total de 89 comunidades excluindo as do Peru.

Aproximadamente 70% das comunidades terapêuticas que responderam ao primeiro questionário (n=89), excluindo as do Peru, obtiveram uma pontuação elevada de entre 11/12 e 12/12 pontos no cumprimento dos critérios de De Leon (ver Tabela 3).

Tabela 3. Pontuação geral de cumprimento dos critérios de De Leon

Critérios de pontuação	Brasil		Colômbia		México		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Menor ou igual a 8 de 12	0	0	2	4,1	0	0	2	2,2
9 de 12	2	10	6	12,2	4	20	12	13,5
10 de 12	1	5	10	20,4	3	15	14	15,7
11 de 12	6	30	18	36,7	9	45	33	37,1
12 de 12	11	55	13	26,5	4	20	28	31,5
Total	20	100	49	100	20	100	89	100

Pontuação individualizada dos critérios

Esta seção fornece uma análise individualizada dos critérios, para identificar aqueles com o menor cumprimento entre as comunidades terapêuticas dos países participantes (n=89, excluindo as do Peru). A maior parte dos critérios são atendidos por mais de 90% das comunidades avaliadas, no Brasil e na Colômbia o item "grupos de encontro entre os residentes" foi atendido em 85%, na Colômbia "o trabalho como terapia e educação" foi atendido em 88% e no México "papéis e funções da equipe profissional" foi atendido em apenas 35%. Os critérios menos atendidos são os itens "separação da comunidade" e "duração prevista do tratamento", que têm uma participação total de 61% e 80%, respectivamente.

Tabela 4. Análise individual dos critérios de De Leon

Critérios	Brasil	
	nº	%
Continuidade de cuidados	19	95
Treinamento do crescimento pessoal	20	100
Treinamento da consciência	20	100
Grupos de encontro entre residentes	16	80
Uma visão de recuperação e do modo de vida correto	20	100
Trabalho como terapia e recuperação	18	90
Um dia estruturado	19	95
Residentes vistos como modelo de funções	18	90
Papéis e funções da equipe	20	100
Atividades comunitárias	20	100
Separação da comunidade	17	85
Duração prevista do tratamento	15	75

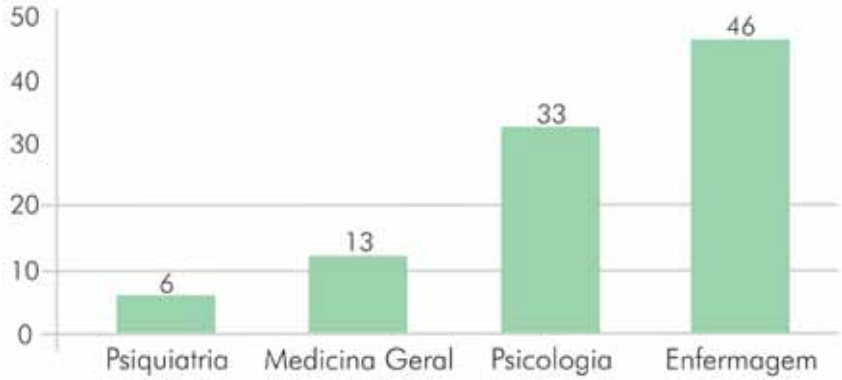
Colômbia		México		Total	
nº	%	nº	%	nº	%
49	100	19	95	87	98
48	98	20	100	88	99
48	98	20	100	88	99
41	84	20	100	77	87
46	94	18	90	84	94
43	88	20	100	81	91
49	100	20	100	88	99
47	96	19	95	84	94
47	96	7	35	74	83
48	98	20	100	88	99
23	47	14	70	54	61
39	80	17	85	71	80

Tabela 4

III. Serviços de saúde

No questionário utilizado nesta primeira fase, indagou-se sobre os serviços de saúde oferecidos em comunidades e a carga horária de cada uma delas. Em média, das 134 comunidades analisadas, o serviço de psiquiatria é o de menor carga horária, tem uma média de 6 horas/semana (valor mínimo de 4 horas no Brasil e valor máximo de 8 horas no Peru), seguido de Medicina Geral, com uma média de 13 horas/semana. O serviço com maior carga horária é o de enfermagem com 46 horas/semana, com dados que variam de 4h/semana e 168 h/semana (ver Figura 2).

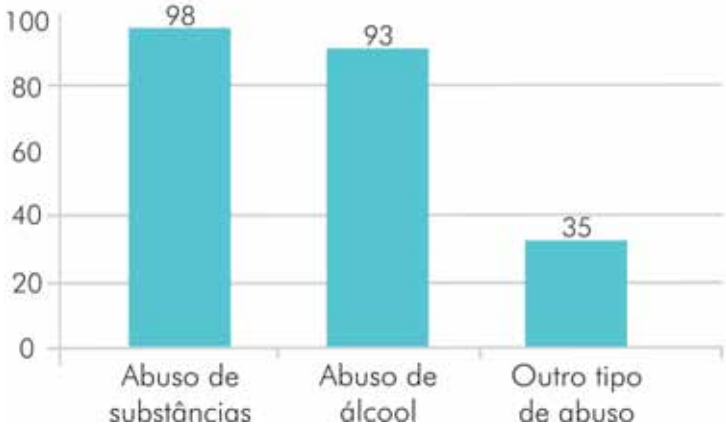
Figura 2. Serviços de saúde (Carga horária)



IV. Tipos de abuso a tratar

Questionou-se sobre os tipos de abuso que são tratados nas diferentes comunidades, 98% lidam com problemas de abuso de substâncias psicoativas, 93% também lidam com problema de alcoolismo, enquanto apenas 35% das comunidades tratam outro tipo de condicionamentos (por exemplo, jogo patológico, abuso sexual, infração da lei). (ver Figura 3)

Figura 3. Tipos de abuso



V. Razões para o abandono

Ao questionar as diretorias das comunidades foram identificadas de maneira homogênea nos diferentes países que estão no topo da lista as principais razões para o abandono do tratamento pelos pacientes: não se sentir confortável com a instituição, não aceitar as normas da comunidade, falta de recursos financeiros e falta de apoio familiar. As duas razões menos comuns são: Não se sentir confortável com a equipe profissional da comunidade e não sentir melhoria durante a permanência.

Figura 4. Razões para o abandono da comunidade terapêutica

• 57,8% (n=134) das comunidades terapêuticas registradas nos 4 países incluídos neste estudo concordaram em participar da primeira fase do estudo.

Critérios de De Leon

• 70% das comunidades avaliadas (excluindo Peru) atendem a maior parte dos critérios de De Leon (11/12)

• Na avaliação individual dos critérios, os mais atendidos foram: separação da comunidade com 60% e duração prevista do tratamento com 80%.

• Os critérios mais atendidos foram: treinamento do crescimento pessoal, treinamento da consciência, um dia estruturado e atividades comunitárias com 99%.

Serviços de saúde

• O serviço de saúde com menor carga horária foi o de psiquiatria, com uma média de 6 horas/semana, seguido pelo serviço de medicina geral, com uma média de 13 horas/semana.

• O serviço com maior disponibilidade é o serviço de enfermagem com uma média de 46 horas/semana.

Tipos de abuso e razões para o abandono do tratamento

• Os tipos de abuso tratados com maior freqüência nas comunidades terapêuticas analisadas são o consumo de substâncias psicoativas e álcool.

• Embora as causas para o abandono do tratamento em uma CT podem ser múltiplas, a duas razões mais comuns segundo a percepção dos diretores são: não se sentir confortável com a instituição, não aceitar as regras da comunidade, falta de recursos financeiros e falta de apoio familiar.

Para a realização da segunda fase, consideraram-se os resultados e os dados obtidos a partir das formas diligenciadas pelos diretores da comunidade na primeira fase do estudo. Por meio da geração de números aleatórios, considerando uma distribuição uniforme, criou-se uma lista que depois de ser classificada, permitiu selecionar as comunidades que apresentavam maior pontuação.

Critérios de inclusão

O ponto de corte para os critérios de De Leon foi 9/12 (ou seja, aquelas comunidades que atenderam pelo menos 9 dos 12 critérios de De Leon).

Critérios de exclusão

Não foram incluídas na lista as comunidades com características ambulatoriais e com atendimento exclusivamente de menores.

Uma vez selecionadas as comunidades, foram realizadas visitas para apresentação dos questionários aos residentes da comunidade em termos de dados sócio-demográficos, características de consumo, satisfação do usuário, e aos diretores sobre elementos essenciais. As entrevistas foram realizadas por parte do pessoal previamente treinado pela equipe da pesquisa.

Brasil
300 pacientes - 20 CT

Colômbia
178 pacientes - 7 CT

México
300 pacientes - 10 CT

Peru
275 pacientes - 12 CT

Os dados apresentaram um total de 1.082 pacientes, distribuídos em 49 comunidades terapêuticas.

I. Caracterização dos residentes das comunidades terapêuticas

Idade

A idade mínima dos pacientes entrevistados foi de 14,5 anos, a máxima foi de 88 anos, com uma idade média de 31,6 anos.

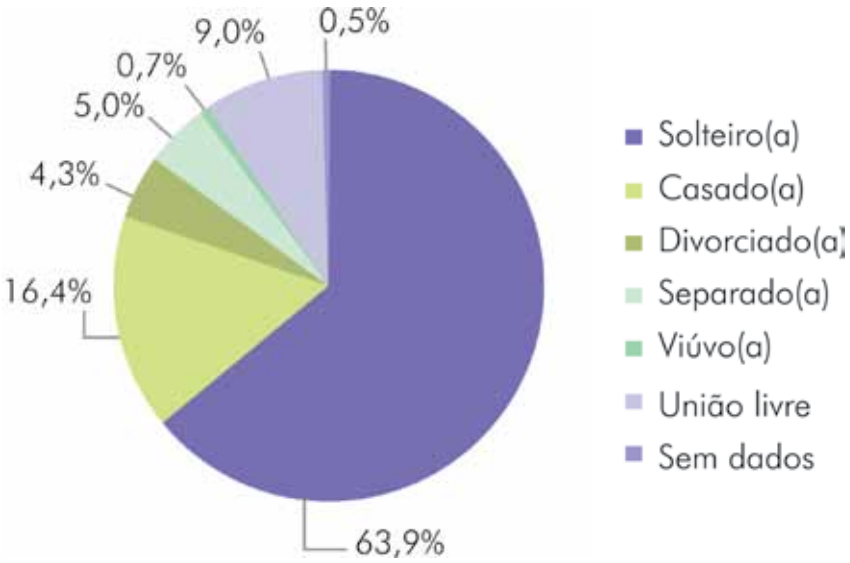
Gênero

90% (n=980) dos pacientes entrevistados eram homens, o restante 10% (n=102) mulheres.

Estado civil

O estado civil mais freqüente entre os residentes das comunidades terapêuticas era solteiro, com 63,9% do total, seguido por 16,4% de entrevistados casados. O menos freqüente era viúvo com 0,75 da população.

Figura 5. Estado civil



Atividade de trabalho

53% dos pacientes estavam trabalhando antes de entrar na CT, 46% não estavam trabalhando e 6% da população entrevistada, não apresentou dados.

Idade do primeiro consumo de drogas

Quando questionados sobre a idade do consumo de drogas pela primeira vez, os resultados obtidos entre os diferentes países foram semelhantes, chamou a atenção a idade relatada para o primeiro consumo de drogas, com idades inferiores a 8 anos para todos os países, o consumo médio é no período da adolescência, até 16 anos (ver Tabela 5).

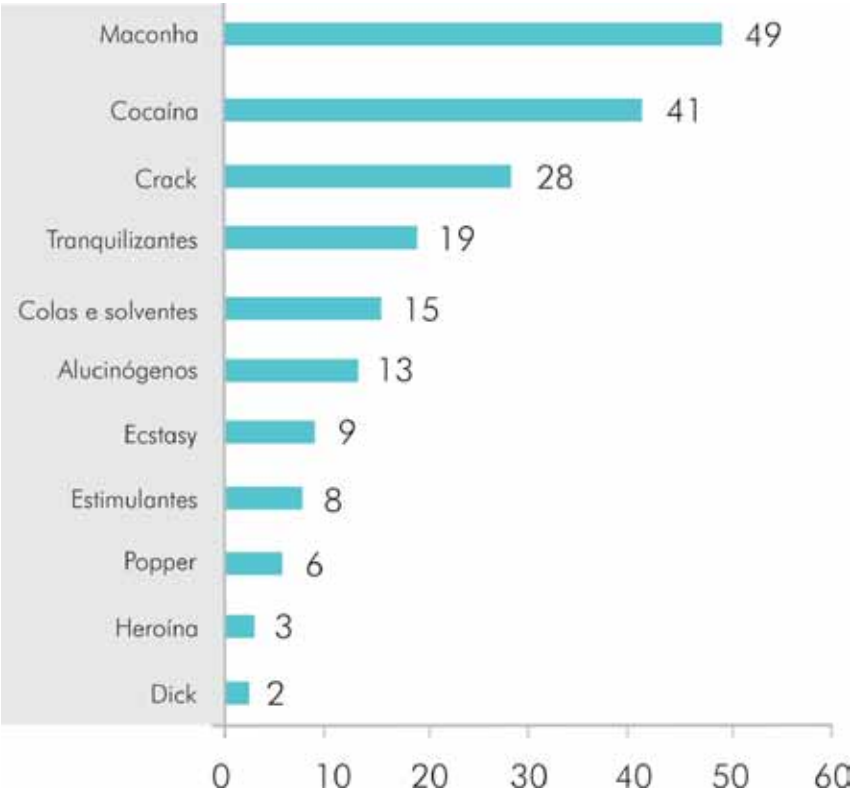
Tabela 5. Idade do primeiro consumo de drogas

Idade	Brasil	Colômbia	México	Peru	Total
	nº	nº	nº	nº	nº
Mínimo	5	7	4	8	6
Máximo	53	45	46	48	48
Média	16,1	16	15	16	16

Consumo de substâncias 30 dias antes da admissão

Esta pergunta questionava sobre o consumo de substâncias psicoativas durante o mês que antecedia a admissão às comunidades terapêuticas, com resposta de escolha múltipla de acordo com o hábito de consumo de cada paciente. Os resultados são semelhantes, as substâncias mais consumidas foram: maconha (49%), cocaína (41%), bazuco (28%). As menos relatadas foram drogas dick (2%) e heroína (3%). No Brasil, foi adicionado o crack nas opções de resposta, dada a sua elevada prevalência de consumo no país. Dos pacientes entrevistados (n=300), 31,3% apresentaram consumo desta substância.

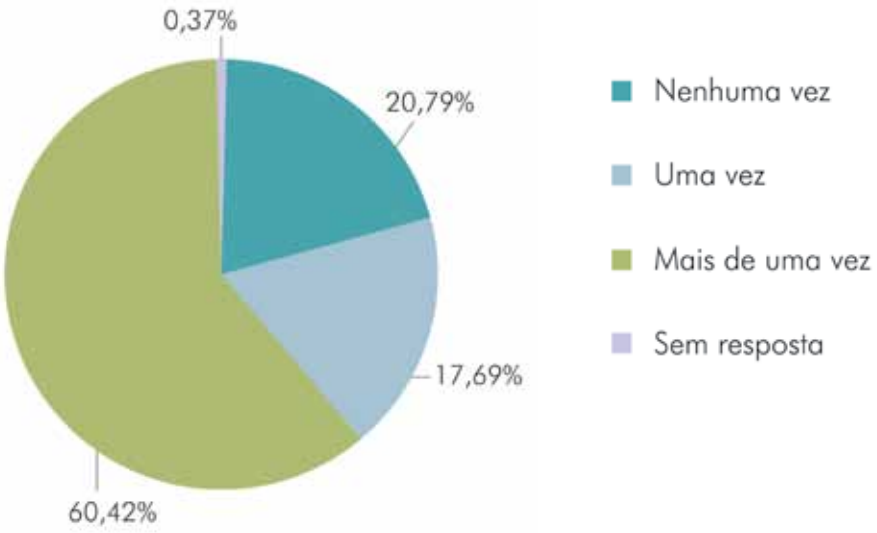
Figura 6. Consumo de substâncias psicoativas 30 dias antes da admissão



Consumo de álcool

Pergunta: Nos últimos 6 meses, quantas vezes você consumiu em um dia (4 ou mais bebidas, se for do sexo feminino, 5 ou mais bebidas se for do sexo masculino)? 60,42% dos pacientes responderam ter consumido álcool na quantidade referida mais de uma vez nos últimos 6 meses antes do ingresso ao programa, 0,3% dos pacientes não responderam (Ver Figura 7).

Figura 7. Consumo de álcool nos últimos 6 meses



Internações anteriores

Pergunta: Você já havia sido internado em uma comunidade terapêutica?, 65% responderam negativamente e 35% dos pacientes responderam ter estado previamente em uma destas instituições, destes, 28% relataram ter sido internados em 3 ou mais ocasiões antes.

Pergunta: Você esteve internado em outra instituição por abuso de substâncias psicoativas? (Referindo-se a hospitalizações) 66% responderam negativamente, 34% relataram ter sido hospitalizado por consumo de substância psicoativa, destes 30% relataram 3 ou mais internações anteriores.

Rede de apoio

Pergunta: Qual o número de pessoas consideradas um apoio incondicional? O resultado mínimo foi de 0 e o máximo de 50 pessoas (o dado máximo do Peru foi de 25 pessoas). Em média os pacientes consideram ter como rede de apoio 5 pessoas.

Sintomas emocionais

Aplicou-se o teste de seleção de Whooley como uma medida da depressão (12) e de Goldberg como uma medida da ansiedade (13).

O teste de Whooley é considerado positivo com pelo menos uma resposta positiva. Na Colômbia, 57% dos pacientes e no México 41% dos pacientes tiveram essa pontuação.

Com relação ao teste de Goldberg, o resultado foi positivo no Brasil com 13,9% dos entrevistados, na Colômbia com 38% e 42% para o Peru.

Ao fazer a diferenciação de gênero, foi evidenciado em estudos da Colômbia e do México, que o teste da depressão é positivo mais frequentemente em mulheres, com Whooley positivo em 67,27% nas mulheres e 56,45% nos homens.

No que diz respeito ao teste para ansiedade, a análise no estudo da Colômbia revela positividade em 67% das mulheres pesquisadas em comparação com apenas 36% nos homens.

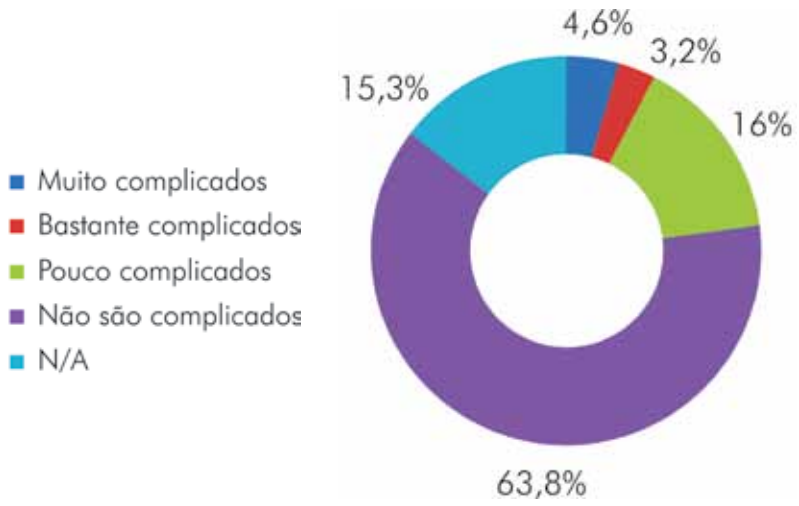
Deve-se observar que a diferença no número de pacientes do sexo masculino em relação às mulheres entrevistadas é ampla, no total foram 90% de homens e 10% de mulheres nos 4 países, portanto, só é realizada esta análise de dados para os sintomas de saúde mental diferenciados por sexo.

II. Pesquisa de satisfação do usuário

Processo de admissão

Quando questionados sobre a percepção dos pacientes quanto aos procedimentos necessários para a entrada na comunidade terapêutica, 63,8% dos pacientes relataram que não são complicados. A opção N/A corresponde a aqueles pacientes que não tiveram intervenção direta no processo de admissão.

Figura 8. Facilidade no processo de admissão



Informação sobre a admissão e cuidados médicos

Pergunta: No momento da admissão, você foi informado sobre as regras gerais da CT (horário de visitas, autorizações, deveres, direitos)?, 90% respondeu afirmativamente.

Pergunta: Na sua opinião, o tempo dedicado pelo médico diariamente foi suficiente? 67% dos pacientes pesquisados responderam afirmativamente.

Avaliação da equipe de trabalho

Mais de 76% dos pacientes entrevistados estavam satisfeitos com a equipe de trabalho das comunidades terapêuticas, indagou-se sobre a equipe médica, a equipe de psicologia, enfermagem e outros funcionários dentro da comunidade.

Satisfação com a infra-estrutura

Os itens com a menor pontuação entre os diferentes países foram a nível de segurança dentro da CT (74%), quartos confortáveis (78,8%), decoração e serviços de limpeza.

Percepção de melhora

Pergunta: Durante sua permanência, você apresentou melhoria?, 79% dos pacientes relataram estar muito ou totalmente melhores.

Tabela 6. Percepção de melhora durante a permanência na CT

	Brasil		Colômbia		México		Peru		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Totalmente	83	29	68	38	52	16	55	20,0	258	25
Muito	153	53,5	85	48	195	59,8	139	50,6	572,2	54
Médio	32	11,2	23	13	71	21,8	58	21,0	184	17
Pouco	13	4,5	2	1	5	1,5	6	2,2	25,72	2
Nada	13	1,7	0	0	3	0,9	6	2,0	13,43	1

III. Questionário de elementos essenciais e indicadores de qualidade das CT

Nesta seção são analisados os resultados do seguinte questionário sobre elementos essenciais e indicadores de qualidade das comunidades terapêuticas, aplicado aos diretores médicos ou gestores das comunidades selecionadas.

Foram avaliadas as seguintes variáveis:

- Plano ou programa de tratamento personalizado.
- Objetivos específicos e a seqüência a ser alcançada.
- Tratamento terapêutico: inclui a aprendizagem por modelos de função, aprender fazendo, participação da terapia, valores e o desenvolvimento de competências e responsabilidades.
- O corpo clínico primário inclui pessoas viciadas recuperadas.
- Serviço de aconselhamento familiar.
- Registros médicos, formulários de registro de acompanhamento de usuários ou registros individuais do usuário: Arquivo de todo o atendimento fornecido aos usuários das comunidades, realizado com continuidade, coordenação e integração de serviços em relação ao Plano de Tratamento e necessidades do usuário.
- Procedimentos escritos. Descreve deveres e direitos do usuário e da CT e outros procedimentos para a alteração do tratamento personalizado.
- Organograma.
- Auto-avaliação da equipe terapêutica, juntamente com o usuário.

A maior parte dos gestores informou atender a todos esses critérios, no México, 100% das comunidades informou atender cada item, no Peru os dois itens com menor cumprimento foram: a) O programa terapêutico, inclui treinamento na tomada de decisão pessoal e as habilidades sociais (73%) e b) A CT realiza periodicamente uma avaliação da sua eficácia, eficiência e efetividade, incluindo a opinião e satisfação do usuário (75%). Na Colômbia, os critérios menos atendidos foram: a) O trabalho faz parte do programa terapêutico (71%) e b) Os usuários são encorajados a "agir como se" para desenvolver uma atitude mais positiva (71%). Finalmente, no Brasil, a menor freqüência de apresentação foi: Solicitar qualificação profissional para ex-viciados membros do Programa (50%).

Em cada uma das comunidades terapêuticas selecionadas para esta segunda fase, foi solicitada aos diretores das comunidades a autorização para o acesso ao registro de admissões e desligamentos de pacientes no período compreendido entre o segundo semestre de 2009 e o primeiro semestre de 2012.

Os dados esperados para esta fase incluíam dados sócio-demográficos, como idade, sexo e nível socioeconômico; além disso, dados de estadia terapêutica, realização de acompanhamento, informações sobre a situação atual de trabalho do paciente. No caso de não ter completado o tratamento, perguntava-se sobre as razões do abandono do programa. Foram coletados dados dos pacientes maiores de idade. Nas ocasiões em que os registros das comunidades terapêuticas não estavam disponíveis com todas as informações exigidas no formulário, foi considerado o formulário de acordo com os dados disponíveis.

Idade

Os registros apresentaram uma idade mínima de 13 anos e máxima de 79 anos, com uma média de 30 anos.

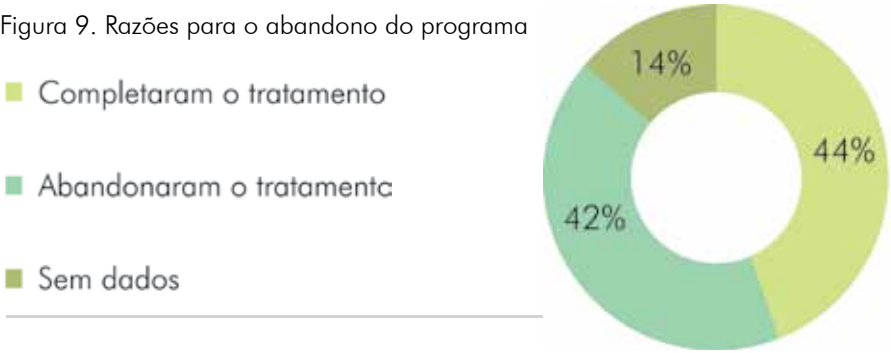
Gênero

87% dos pacientes cadastrados nos bancos de dados das comunidades terapêuticas analisadas retrospectivamente eram homens e 135 mulheres (Total: 1522).

Razões para o abandono do programa

44% dos pacientes completaram o tratamento, 42% abandonaram e em 14% dos registros não existem dados suficientes (total de dados: 3459) (ver Figura 9).

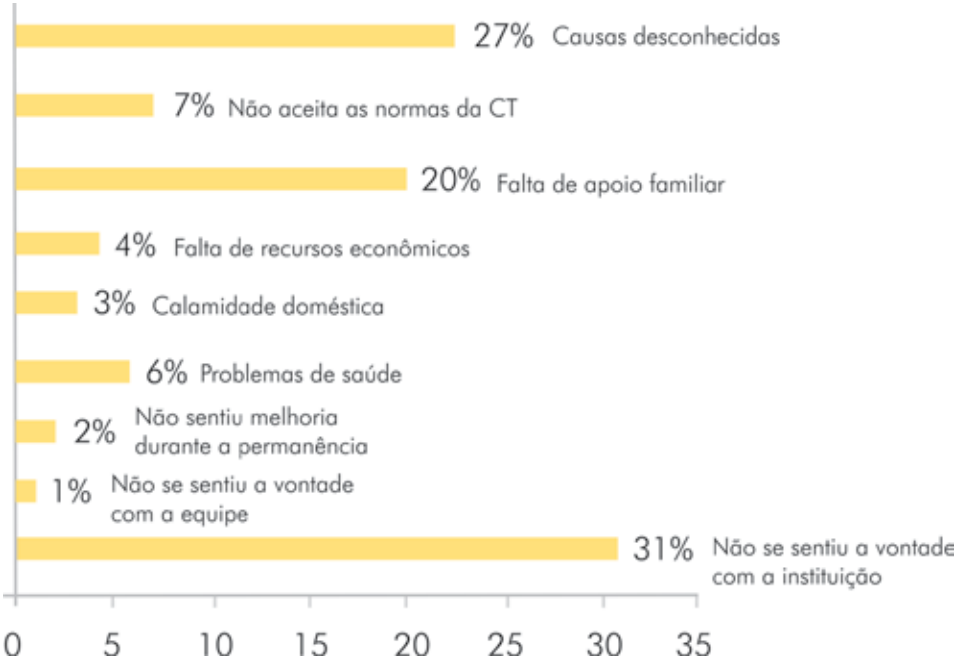
Figura 9. Razões para o abandono do programa



Razões para o abandono

No total foram 2814 dados recolhidos nesta questão. A principal razão para o abandono foi o fato de não sentir-se confortável com a instituição, seguida por causas desconhecidas e em terceiro lugar, a falta de apoio da família.

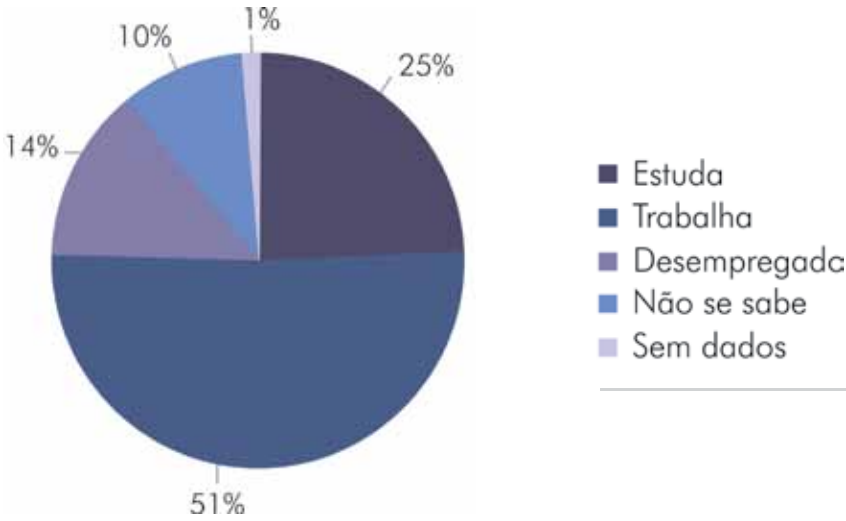
Figura 10. Razões para o abandono



Atividade dos pacientes em tratamento e meios de acompanhamento

Nesta seção foram analisados 795 dados. 71% destes dados sobre a ocupação atual foram obtidos através de chamadas telefônicas (71%), seguido por consulta direta na comunidade terapêutica (23%). Meios tais como e-mail ou visitas domiciliares são raramente utilizados. 51% dos pacientes estão empregados, 25% estudando, e 10% não apresentaram dados (ver Figura 11).

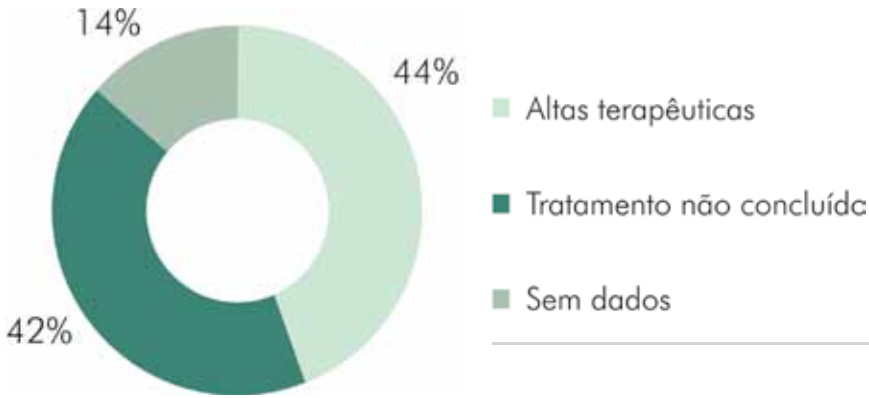
Figura 11. Atividade atual dos pacientes



Admissões, altas e abandonos

Neste ítem foram analisados um total de 3461 casos, dos quais 44% (n=1524) correspondem a altas terapêuticas (tratamento concluído), 42% (n=1447) de tratamento não concluído (abandonos) e 14% não apresentam dados. (Ver figura 12)

Figura 12. Taxas de altas e abandonos



Características sócio-demográficas

• A idade média dos pacientes entrevistados é de 31,6 anos (mín. de 14,5, máx. 88), com a idade média dos pacientes analisados nas bases de dados retrospectivos de 30 anos.

• 90% dos pacientes entrevistados nas comunidades terapêuticas eram homens, e nas bases de dados retrospectivos, 87% dos pacientes eram homens.

• 64% dos residentes entrevistados eram solteiros.

• 53% dos pacientes entrevistados tinham atividade trabalhavam antes de entrar na CT.

• Em média, os pacientes consideram um número de 5 pessoas como o seu apoio incondicional.

Características de consumo

• A idade média para o consumo de drogas pela primeira vez foi de 16 anos, com idade média mínima de 6 anos e máxima de 48 anos. Os países que relataram o inicio de consumo muito cedo foram: México com 4 anos e Brasil com 5 anos.

• As substâncias mais comumente consumidas nos 30 dias anteriores à admissão foram: maconha, cocaína e bazuco em todos os países.

• As substâncias menos relatados foram "drogas pau" e heroína.

• 60% dos pacientes responderam que, em mais de uma ocasião haviam consumido álcool nos últimos 6 meses (5 ou mais bebidas para homens e 4 ou mais para as mulheres).

• 35% dos pacientes haviam sido previamente internados em uma comunidade terapêutica, 28% deles três ou mais vezes.

• 34% dos pacientes foram internados em outra instituição.

Sintomas de saúde mental

• Nos estudos da Colômbia e do México informou-se que 57% e 41% dos pacientes obtiveram resultados positivos no teste de Wholey, para uma média de 49% dos pacientes.

• A triagem de sintomas de depressão foi mais freqüente em mulheres.

• Com relação ao teste de Goldberg sobre ansiedade, o resultado foi positivo no Brasil para 13,9% dos entrevistados, na Colômbia para 38% e no Peru para 42%, com uma média de 31% dos pacientes em países com triagem positiva para a ansiedade.

Satisfação do usuário

• O processo de admissão nas comunidades terapêuticas foi percebido pela maioria dos pacientes entrevistados como "simples".

• Em geral, a percentagem mais elevada de pacientes entrevistados na segunda fase ficou satisfeito com a CT em que estavam, em vários aspectos como: a informação oferecida, o tempo de atendimento, a avaliação de toda a equipe de trabalho da CT e infra-estrutura.

• 25% dos pacientes tinham uma percepção de "melhora total", e 54% dos pacientes consideravam que havia apresentado "bastante melhoria." 79% dos pacientes relatam sentir-se melhor com a permanência na CT.

Elementos essenciais e indicadores de qualidade

• A maioria das comunidades terapêuticas selecionadas para esta segunda fase incluiu no seu programa terapêutico os elementos essenciais e indicadores de qualidade.

• Os itens menos atendidos foram: O trabalho faz parte do programa terapêutico (71%) e os usuários são encorajados a "agir como se" para desenvolver uma atitude mais positiva (71%). Finalmente, no Brasil o de menor freqüência de apresentação foi: solicitar qualificação profissional a ex-viciados membros do Programa (50%).

Dados retrospectivos

• As razões mais freqüentes para o abandono apresentadas no estudo eram: não se sentir confortável com a instituição, seguida, paradoxalmente, pelo desconhecimento das razões para o abandono (não há registro de tais informações nos bancos de dados avaliados).

• Em 51% dos acompanhamentos analisados, o paciente estava trabalhando, 255 estudando e em 10% dos casos se desconhecia a

atividade atual do paciente. Os meios mais utilizados para a realização do acompanhamento foram as chamadas telefônicas ou mediante reuniões na CT.

Número de admissões, desistências e alta terapêuticas

• Do total de dados analisados (3461), 44% correspondem a altas terapêuticas, 42% ao abandono do tratamento, e 14% não apresentava nenhuma informação.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

• Demonstrar maior interesse nas pesquisas para melhorar o tipo de cuidados prestados às pessoas com problemas de abuso de substâncias psicoativas, uma vez que nem todas as comunidades terapêuticas inscritas estavam dispostas a cooperar com esta pesquisa.

• Aumentar o acesso a serviços psiquiátricos, pois a maioria dos pacientes dependentes exigem cuidados médicos e em alguns casos particulares, medicação, estabilizadores de humor e inclusive antipsicóticos para lidar com a dependência de substâncias psicoativas e os sintomas emocionais ou duplo diagnóstico associado. Situações que, sem dúvida, requerem cuidados médicos especializados.

• Realizar com certa freqüência uma seleção de sintomas de ansiedade e depressão, a fim de identificar os pacientes que apresentam tais sintomas, iniciar uma intervenção terapêutica e indiretamente, diminuir a probabilidade de abandono do tratamento e/ou recaída.

• Melhorar a bases de dados das comunidades terapêuticas, registrando informações sócio-demográficas básicas, como idade e sexo, bem como um realizar um registro exaustivo das datas de admissão e saída e das diferentes razões para a saída expostas pelos pacientes ao deixar a CT, a fim de melhor caracterizar o tipo de população que atendem e conhecer as principais razões de abandono para implementar medidas de contingência a este respeito.

Reunião de apresentação de resultados
Novembro de 2013 - Guadalajara, México

Reunião de apresentação de resultados
Novembro de 2013 - Guadalajara, México

Comunidade terapêutica
Antioquía, Colômbia

Comunidade terapêutica
Valle del Cauca, Colômbia

Entidades participantes
Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ)
Polymetrix Consulting, S.A. de C.V.
Pontificia Universidad Javeriana
Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)
Universidade Peruana Cayetano Heredia
Universidade Nacional de Córdoba

Entidades financiadoras
Comissão Nacional para o
Desenvolvimento e Vida sem Drogas (DEVIDA) - Peru
Corporativa de Fundaciones, A.C.
Grupo BanColômbia
Sr. Arturo Jiménez Bayardo

Pesquisadores
Colômbia:
Carlos Gómez Restrepo
Patricia Maldonado Riveros
México:
Joel Salvador Chávez Rivera
Alberto Godínez García
Brasil:
Marcelo Ribeiro
Ana Carolina Schmidt de Oliveira
Peru:
Dora Blitchtein Winicki
Marina Piazza Ferrand

Coordenadores
Einardo Bingemer
Martha Y. Lanzziano Broz
David Pérez Rulfo Torres
María del Rocío Trujillo Andaluz
Ixanar Uriza Soto

• Goti M. La Comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga. 1990.

• Goti M. Reflexiones tras el XXII Congreso Mundial. Un paso adelante. 2004.

• Fernandez C, Llorente M. Comunidades terapéuticas para toxicómanos. Nuevas perspectivas. Drogodependencias, 1999.

• Jose Javier LG. Evaluación de la eficacia de la comunidad terapéutica de proyecto hombre navarra. 2005.

• Sabates Porrera A. Principios y criterios de evaluación de las comunidades terapéuticas. XXIV Conferencia anual de CT Lima, Perú; 2009.

• Roldan G. La función de la comunidad terapéutica, Ayer y Hoy. Salas. Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias. 2004.

• Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. Drug and alcoholdependence [Internet]. 2005 Jan 7 [cited 2013 Apr 9];77(1):49–59. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15607841

• Booth RE, Corsi KF, Mikulich-Gilbertson SK. Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. Drug and alcohol dependence [Internet]. 2004 May 10 [cited 2013 Apr 9];74(2):177–85. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15099661

• Koyman M. El método de comunidad terapéutica para drogodependientes. 1996.

• Borisova NN, Goodman AC. The effects of time and money prices on treatment attendance for methadone maintenance clients. Journal of substance abuse treatment [Internet]. 2004 Jan [cited 2013 May 7];26(1):345–52. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14698798

• De Leon G, Melnick G. Therapeutic Community Scale of Essential

Elements Questionnaire. Center for Therapeutic Community Research. NDRI. New York: Community Studies Institute. 1992.

• Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Journal of general internal medicine. 1997 Jul 1;12(7):439-45.

• Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Bmj. 1988 Oct 8;297(6653):897-9.

Comunidades terapêuticas na América Latina I

Um estudo descritivo das CT em vários países latino-americanos

Resumo

Na América Latina, não se sabe ao certo a quantidade ou a qualidade das comunidades terapêuticas (CT) disponíveis em diferentes países da região que funcionam como centros de reabilitação para pessoas com problemas de abuso de substâncias psicoativas e outros transtornos. O objetivo deste estudo foi identificar e descrever a quantidade e qualidade de CT existentes em cinco países da região.

Palavras-chave

Comunidades terapêuticas, abuso de substâncias, tratamento, reabilitação, critérios de De Leon, América Latina.

Projeto

Um estudo multicêntrico descritivo, qualitativo e quantitativo das CT foi realizado nos países da Argentina, Brasil, Colômbia, México e Peru.

Métodos

Por meio das entidades reguladoras das CT em cada país, realizou-se uma pesquisa das comunidades que aceitaram participar do estudo. A qualidade das comunidades foi avaliada de acordo com a pontuação estabelecida com base nos critérios de De Leon (De Leon G, editor. Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings. Westport, Conn: Praeger; 1997).

Resultados

Das 285 CT identificadas nos 5 países, 174 (61%) concordaram em participar do estudo. 70% das instituições receberam pontuação de 11/12 ou 12/12 de acordo com os critérios de De Leon. Constatou-se também que a maioria dos critérios de De Leon são alcançados por mais de 90% das instituições, no entanto, os itens de "separação da comunidade" e "grupos de encontro entre residentes" são atendidos apenas em 61 e 82% das comunidades, respectivamente. As principais razões para o abandono do tratamento relatadas foram: não aceitar as regras da instituição, a falta de recursos econômicos e não se sentir à vontade com a instituição. 94% das CT prestou serviços por problemas de álcool, 98% para o abuso de outras substâncias, e 40% para outros tipos de abuso, incluindo distúrbio de jogo compulsivo, criminosos sexuais, e infratores da lei.

Conclusão

A maioria das CT identificadas em nosso modelo cumprem os critérios de qualidade estabelecidos por De Leon, prestando serviços para o abuso de substâncias. No entanto, devem ser instituídas políticas para melhorar as condições não cumpridas e investigar a razão para as divergências e o abandono destas instituições.

O transtorno relacionado ao consumo de substâncias psicoativas é um dos problemas mentais mais complexos devido a distúrbios gerados nos diversos sistemas do corpo, levando ao comprometimento das diferentes dimensões do sujeito, incluindo a área de trabalho, social, cognitiva, etc (1); o abuso ou dependência dessas substâncias gera deficiência nos pacientes e acompanhantes que podem prejudicar a qualidade de vida dos pacientes e até mesmo em casos graves levar à morte (2,3). Apesar das muitas campanhas pedagógicas e educativas já realizadas, o consumo de substâncias tanto legais quanto ilegais foi mantido, e inclusive, tornou-se uma comorbidade documentada freqüentemente em outras doenças mentais, em pacientes infectados com o vírus HIV e na população adolescente (4,5,3).

Em um estudo realizado na América Latina em 2011 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, que contou com a colaboração de 7 países da região, foi avaliada a prevalência de substâncias psicoativas em pacientes atendidos em salas de emergência das instituições incluídas no estudo. Dentre os resultados obtidos a partir do estudo, verificou-se que a substância mais consumida foi o tabaco, seguido de álcool e maconha, que foram um achado comum em todos os países que participaram do estudo (6–8).

O tratamento de pacientes com abuso ou dependência desubstâncias psicoativastem como objetivo ajudá-los a reduzir ou abandonar a busca e o uso consumo compulsivo da droga, no entanto, o tratamento destas patologias tende a ser longo, pois os pacientes que optam por submeter-se ao tratamento, são usuários crônicos. Além da duração do tratamento, os pacientes com tais patologias tendem a ter taxas de recaídas de até 40 ou 50%, de modo que o tratamento deve ser realizado em mais de uma ocasião (9). Atualmente, existem formas diferentes de lidar com o abuso de substâncias, uma de elas é o uso de comunidades terapêuticas (CT), definidas como programas de auto-ajuda para o abandono de comportamentos nocivos de uso desubstâncias psicoativas e recuperação da saúde do paciente através do crescimento pessoal do individuo. Este crescimento é realizado com

base na separação do sujeito da sociedade para submetê-lo a um programa residencial por um determinado período de tempo em uma comunidade com pessoal qualificado e com outros pacientes que sofrem da mesma doença (10,11).

Devido ao grande destaque das CT a nível mundial, surgiram vários modelos destas comunidades, no entanto, nem todas possuem todos os padrões de qualidade sugeridos pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas, por isso nem todos os programas têm as mesmas taxas de eficácia e de recaída (12). Por problemas como o mencionado acima, tem-se questionado a eficácia das CT. No entanto, em revisões sistemáticas e meta-análises realizadas, verificou-se que há evidência para concluir que existem benefícios desta terapia para o tratamento e reabilitação de pessoas com dependência de substâncias psicoativas. Isto enfatiza que não é possível distinguir se existe um modelo melhor do que o resto, devido à falta de estudos para compará-los (12–14).

Com base no exposto, é necessário analisar a presença e disponibilidade das CT a nível mundial, a fim de avaliar a qualidade das mesmas, e gerar políticas e intervenções que permitam melhorar as comunidades terapêuticas existentes, além de apresentar uma forma mais uniforme e organizada deste método de tratamento aos pacientes e suas famílias. Para dar um primeiro passo, realizamos um estudo multicêntrico que permite descrever e comparar de forma quantitativa e qualitativa exemplos de comunidades terapêuticas disponíveis em 5 países da América Latina, que terão o apoio da Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT), ente regulador da CT na região.

MÉTODOS

De 2011 a 2013 foi realizado um estudo multicêntrico descritivo das características quantitativas e qualitativas de CT em 5 países na região da América Latina. Os países incluídos foram Brasil, México, Argentina, Peru e Colômbia. Através da FLACT, foram contatados os respectivos organismos nacionais de cada país responsáveis pela regulação das CT para identificar as comunidades registradas para o ano de 2012. Uma

vez identificados, entravam em contato com tais organismos através de meios de comunicação diferentes para convidá-los a participar do estudo, aguardando uma resposta em um prazo máximo de 7 a 8 semanas.

Em caso de acesso, era preciso enviar à comunidade terapêutica um e-mail ou envelope com o questionário (adaptado em cada país), cartas de apresentação do pesquisador principal, do presidente da FLCAT e do presidente das CT a nível de cada país.

O questionário enviado a cada uma das CT inclui perguntas sobre a capacidade dos pacientes, infra-estrutura da instituição, serviços de saúde prestados, as razões para o abandono dos pacientes, e as principais doenças tratadas. Além disso, um módulo para avaliar a conformidade com os critérios estabelecidos por De Leon foi incluído (10), avaliando a qualidade da instituição e atribuindo uma pontuação entre 0 e 1 para cada critério, com uma pontuação máxima de 12 pontos. Os critérios de De Leon encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos critérios de De Leon (10)

Componente	Breve descrição
Duração prevista do tratamento	A duração do processo irá variar de acordo com o caso individual de cada pessoa, embora um período mínimo de envolvimento intensivo seja necessário para assegurar a interiorização dos ensinamentos da comunidade terapêutica
Separação da comunidade	No contexto residencial, os pacientes permanecem afastados do ambiente externo 24 horas por dia durante vários meses, antes de adquirir privilégios de permissão
Atividades comunitárias	Com exceção do counselling (aconselhamento) individual, todas as atividades estão programadas em formato coletivo
Papéis e funções da equipe	Independentemente da função profissional, o papel genérico dos funcionários é o de membro da comunidade. Portanto, sua missão é a de exercer autoridade racional, facilitar e fornecer pautas de ação, de acordo com o método da comunidade de auto-ajuda
Residentes vistos como modelo de funções	Os membros que demonstram comportamentos esperados e refletem os valores e necessidades da comunidade são utilizados como modelos. Espera-se que todos os membros da comunidade tornem-se modelos de função

Um dia estruturado	As atividades diárias organizadas contrastam com vidas caracteristicamente desorganizadas desses usuários e os afastam de pensamentos negativos e de tédio, fatores que predispõem ao consumo de drogas
Trabalho como terapia e educação	De acordo com a metodologia de auto-ajuda, todos os usuários são responsáveis pela gestão diária das instalações. As diferentes funções de trabalho transmitem os efeitos educacionais e terapêuticos essenciais
Uma visão da recuperação e do modo de vida correto	Há um repertório formal e informal para educar sobre a perspectiva da comunidade terapêutica, especialmente seus conceitos em torno da recuperação por meio da auto-ajuda e visão do modo de vida correto
Grupos de encontro entre os residentes	O menor denominador comum em todos os grupos de encontro é aumentar a consciência das pessoas sobre os padrões de atitude ou de comportamento específicos que deveria modificar
Treinamento da consciência	Todas as intervenções terapêuticas e educacionais implicam um aumento da consciência individual sobre o impacto do seu comportamento e atitudes, tanto em si mesmo quanto em seu ambiente social; e, inversamente, o impacto dos comportamentos e atitudes dos outras pessoas no próprio indivíduo e ambiente
Treinamento do crescimento pessoal	Isso requer instruir indivíduos sobre como identificar sentimentos, expressá-los adequadamente e lidar com eles de forma construtiva através de demandas interpessoais e sociais da vida comunitária
Continuidade de cuidados	Posteriormente à realização do programa, a visão do modo de vida correto, a recuperação baseada na auto-ajuda e o uso de redes de residentes, são essenciais para enriquecer o uso adequado de serviços de ensino profissional, de saúde mental, e outros cuidados típicos necessários na fase de convalescença ou readmissão

Após obter as respostas de cada uma das CT, eram organizados os dados compilados em um documento do Microsoft Excel, com o posterior cálculo de proporções e taxas, com sua respectiva geração de tabelas e resumos gráficos.

I. Comunidades terapêuticas identificadas e sua participação no estudo

Das 285 CT identificadas nos 5 países, 61% (n=174) concordaram em participar do estudo, 27% (n=77) não foi possível contatá-las por qualquer meio e 12% (n=34) não desejaram participar do estudo (Ver figura 1). As distribuições e respostas das CT identificadas por país estão disponíveis na Tabela 2. Uma taxa de aceitação do estudo superior a 50%, no entanto, aponta que no Brasil o índice de rejeição da participação no estudo foi de cerca de 50%.

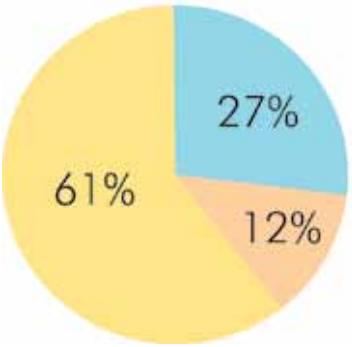


Figura 1. Percentual de respostas das CT identificadas

- Não foi possível contatar
- Não deseja participar
- Deseja participar

Tabela 2. Distribuição das CT e suas respostas por país

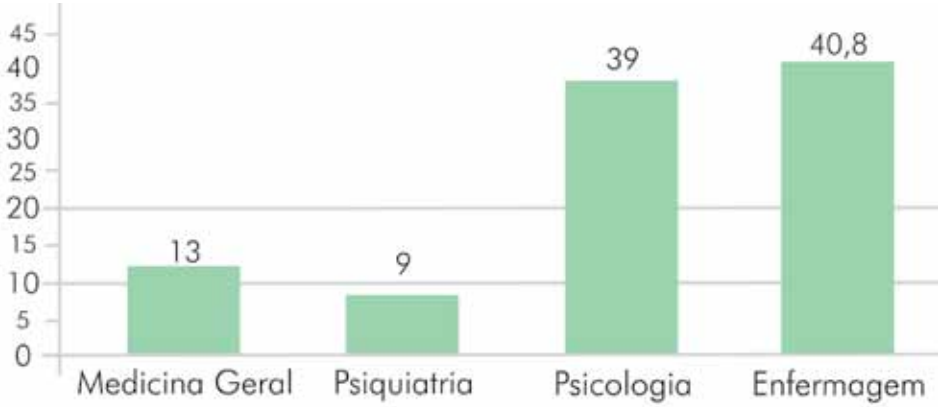
CT	Brasil		Colômbia	
	nº	%	nº	%
Total de CT	43	100	68	100
Não foi possível contatar	3	7,0	18	26,5
Não deseja participar	20	46,5	1	1,5
Deseja participar	20	46,5	49	72,1

México		Peru		Argentina		Total	
nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
20	100	101	100	53	100	285	100
0	0	54	53,5	2	4	77	27
0	0	2	2,0	11	21	34	12
20	100	45	44,6	40	75	174	61

II. Serviços de saúde oferecidos

Os serviços de saúde descritos no nosso questionário incluem as horas de trabalho semanais do pessoal de medicina geral, de psicologia, de psiquiatria e enfermagem. O serviço de enfermagem foi o que apresentou maior número de horas, com uma média de 41 horas por semana, com valores que variam entre 4 horas por semana a 168 horas por semana, seguido do serviço de psicologia que teve uma carga horária de 39 horas por semana. O serviço de psiquiatria foi o que apresentou uma carga horária menor, com uma média de 9 horas semanais que variam entre 4 horas por semana no Brasil para 20 horas por semana na Argentina (Ver figura 2).

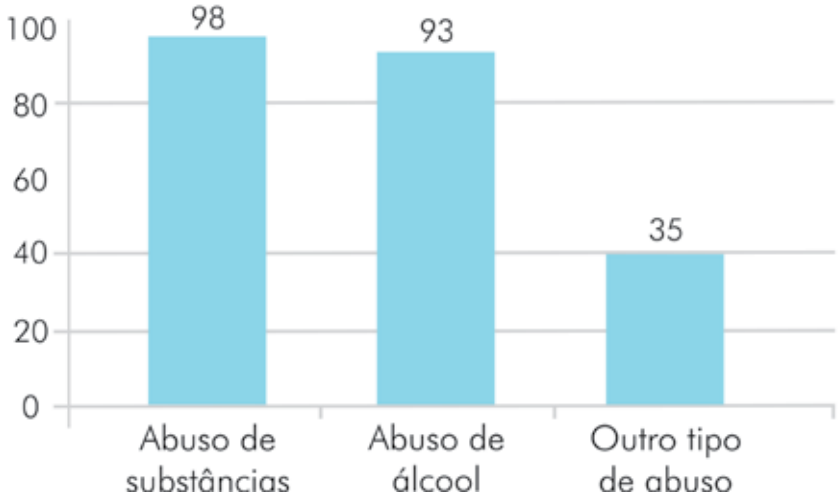
Figura 2. Média de carga horária semanal dos serviços de saúde prestados na CT



III. Problemas de abuso

Os pacientes com distúrbios de abuso de substâncias ilícitas, foi o tipo de abuso mais freqüente, representando 98% (n=170) das CT, seguido do tratamento do abuso de álcool em 94% (n=164) e 40% (n=70) das CT dedicavam-se a outros tipos de abusos, incluindo transtornos de jogo compulsivo, criminosos sexuais e infratores da lei.

Figura 3. Relação da CT de acordo com o tipo de abuso que lida



IV. Razões para o abandono do programa de tratamento

Uma das principais conclusões encontradas a este respeito é que as razões mais freqüentes para o abandono dos pacientes, relatadas pelas instituições, foram semelhantes em todos os países em que foi realizada a pesquisa. A principal razão para o abandono foi não aceitar as regras da instituição (31%), seguido pela falta de recursos financeiros e a falta de apoio familiar. As razões menos freqüentes também foram homogêneas entre os países, a mais incomum foi não simpatizar com o pessoal da comunidade terapêutica (10%) (ver Figura 4).

Figura 4. Razões para o abandono

V. Qualidade geral das CT de acordo com os critérios de De Leon

Nestes dados de atribuição de pontuações para cada critério, não estão incluídos os dados da Argentina e do Peru, porque eles usam escalas de pontuação diferentes às estabelecidas pelo estudo, por isso, nesta análise 89 comunidades dos países restantes foram incluídas. De acordo com os dados obtidos, 84% das comunidades obtiveram pontuações maiores ou iguais a 10 pontos (Ver tabela 3).

Tabela 3. Pontuação geral das CT de acordo com os critérios de De Leon

Critérios de pontuação	Brasil		Colômbia	
	nº	%	nº	%
Menor ou igual a 8 de 12	0	0	2	4,1
9 de 12	2	10	6	12,2
10 de 12	1	5	10	20,4
11 de 12	6	30	18	36,7
12 de 12	11	55	13	26,5
Total	20	100	49	100

México		Total	
nº	%	nº	%
0	0	2	2,2
4	20	12	13,5
3	15	14	15,7
9	45	33	37,1
4	20	28	31,5
20	100	89	100

Tabela 3

VI. Pontuação individual dos critérios de De Leon

Os resultados das comunidades no Peru são excluídos, porque a análise de acordo com a proposta do estudo não foi executada. Esta análise é realizada para identificar quais foram os critérios de De Leon com maior e menor sucesso entre os países incluídos no estudo (Ver Tabela 4). Os critérios foram, em sua maioria, alcançados em mais de 90% das CT, incluindo o modelo, sendo os mais freqüentemente alcançados em 4 países, tais critérios são: "Atividades comunitárias", "Formação da consciência" e "Formação do crescimento pessoal." Ao contrário disso, os critérios menos alcançados foram muito variáveis entre os países, sendo o menos alcançado no Brasil o de "Duração prevista do tratamento" (apenas 75% cumpriram), o da Colômbia foi "Separação da comunidade" (apenas 47%), o do México "Papéis e funções do pessoal" (apenas 35%) e o da Argentina "Os residentes como um modelo de função" (apenas 55%).

Tabela 4. Pontuação individual dos critérios de De Leon

Critérios	Brasil		Colômbia	
	nº	%	nº	%
Continuidade de cuidados	19	95	49	100
Treinamento do crescimento pessoal	20	100	48	98
Treinamento da consciência	20	100	48	98
Grupos de encontro entre residentes	16	80	41	84
Uma visão de recuperação e do modo de vida correto	20	100	46	94
Trabalho como terapia e recuperação	18	90	43	88
Um dia estruturado	19	95	49	100
Residentes vistos como modelo de funções	18	90	47	96
Papéis e funções da equipe	20	100	47	96
Atividades comunitárias	20	100	48	98
Separação da comunidade	17	85	23	47
Duração prevista do tratamento	15	75	39	80

Tabela 4

México		Argetina		Total	
nº	%	nº	%	nº	
19	95	37	92,5	124	96
20	100	39	97,5	127	98
20	100	38	95	126	98
20	100	29	72,5	106	82
18	90	35	87,5	119	92
20	100	39	97,5	120	93
20	100	39	97,5	127	98
19	95	22	55	116	90
7	35	39	97,5	113	88
20	100	39	97,5	127	98
14	70	24	65	54	61
17	85	39	97,5	110	85

Tabela 4

DISCUSSÃO

A nível de América Latina, as CT são altamente difundidas e bem estabelecidas, a maioria registrada em agências nacionais responsáveis pela regulação das mesmas. Uma das primeiras descobertas neste estudo é que o estabelecimento das CT não estava relacionado com o número de habitantes de um país, já que um país com uma população maior, como o Brasil, tinha menos CT à disposição do que países com menos habitantes como Peru; isso se deve a que no Peru já foram

realizados vários programas de treinamento para o uso de tais estratégias, (15), ou pela existência de um sub-registro de CT com os organismos reguladores.

A taxa de resposta das CT dispostas a participar foi semelhante à realizada em outros estudos sobre comunidades terapêuticas, como em um estudo realizado na Europa e EUA (16), que teve uma taxa de resposta de cerca de 64%, enquanto a taxa de nosso estudo teve uma média de 61%. Esta taxa de resposta afeta a realização de estudos que permitem identificar os pontos fortes e fracos das CT, e com ela a formulação ou a geração de políticas públicas de saúde que permitam melhorar estes centros.

Outro resultado do nosso estudo foi a carga horária dos profissionais de saúde que trabalham nas CT. Embora os resultados não foram muito homogêneos, verificou-se que, apesar da variabilidade dos países incluídos, a equipe de enfermagem é a de maior carga horária, provavelmente secundária a este tipo de profissionais, realizam turnos diurnos e noturnos para o cuidado adequado dos pacientes. Outro dado que chamou a atenção foi a baixa carga de trabalho que apresentam os especialistas em psiquiatria, apesar de ser um dos profissionais de saúde que deveriam estar mais envolvidos na gestão integral dos pacientes com um transtorno de abuso ou dependência desubstâncias psicoativas (9,14). Estas descobertas são consistentes com os resultados de estudos realizados a nível mundial, como por exemplo, o realizado por Jacob et al, no qual verificou-se que há uma escassez de enfermeiros e médicos especialistas em saúde mental, bem como uma deficiência de instituições especializadas na gestão de doenças mentais. (17).

As patologias mais comumente tratadas pelas CT são os distúrbios de abuso de substâncias, seguido por abuso de álcool e outros abusos, que podem variar dependendo do país. A constatação acima está de acordo com os relatórios mundiais, nos quais temos visto que a maioria dos pacientes tratados nestas comunidades, são pacientes que fazem uso de alguma substância diferente ao álcool (15,18).

A razão para o abandono, mais identificada pelas instituições, foi a de não aceitar as regras da instituição, semelhante à relatada no estudo conduzido por Lopez-Goñi et al (19), que descobriram que é também a razão mais freqüente pela qual os pacientes abandonam

estes programas. A razão menos comum em nosso estudo foi a de não simpatizar com da equipe da CT, resultado que também foi encontrada no estudo realizado por Lopez-Goñi (19). É surpreendente que entre as razões de abandono relatadas em nosso estudo, não se encontrou a necessidade de usar drogas ousubstâncias psicoativas (19,20).

A pontuação da grande maioria das CT incluídas em nosso estudo foi superior ou igual a 10 pontos de acordo com os critérios de De Leon, no entanto, é difícil comparar estes resultados com outros já realizados, porque este é o primeiro estudo que avalia a qualidade das CT utilizando os critérios de De Leon. Os mais alcançados eram os de "Atividades comunitárias", "Formação de crescimento pessoal", "Estabelecimento de um dia estruturado"; os critérios menos alcançados foram os de "Separação da Comunidade", "Os residentes como um modelo.de função". Em um estudo realizado na Inglaterra sobre as CT e sua conformidade de critérios, descobriu-se, que embora não foram empregados os critérios de De Leon, utilizaram-se critérios semelhantes e que os mais freqüentemente alcançados foram os de feedbak de comportamento, vida e aprendizagem na comunidade, funções estabelecidas pela equipe; e os menos freqüentemente alcançados foram a falta de pessoal e a realização de atividades diárias entre os residentes (21).

Em outro estudo realizado por Goethal et al, foram comparadas comunidades terapêuticas da Europa e USA através do questionário de elementos essenciais da comunidade, ou SEEQ, pela sigla em inglês, e que avaliou a conformidade de elementos como perspectiva da CT, estrutura de tratamento, a comunidade como um agente terapêutico, elementos terapêuticos formais e processos. Este estudo concluiu que as CT européias reuniam, em sua maioria, elementos de participação do paciente e do papel da família no tratamento (16).

Entre os pontos fortes do nosso estudo destaca-se o uso de um exemplo da região, incluindo 5 países e mais de 100 CT, que permite avaliar e encontrar as semelhanças e diferenças entre as diferentes comunidades terapêuticas da região. Além disso, nosso estudo é o primeiro estudo na América Latina, que avalia a qualidade da CT a nível regional, o que permite comparar nossos resultados com estudos de outras regiões do mundo, permitindo estabelecer a infra-estrutura que a região possui para o desenvolvimento de outros estudos sobre comunidades terapêuticas.

Entre os pontos fracos do nosso estudo, deve-se observar a elevada taxa de sem-resposta, que foi de aproximadamente 41%, o que indica uma falta de colaboração destas instituições para identificar todos os pontos fortes e fracos das CT; é possível que as comunidades se recusaram a participar pois pertencem a outro perfil e características. A falta de classificação do tipo das CT, ou seja, se é uma CT realizada em uma prisão ou se a orientação da CT foi espiritual ou científica, não foi especificada no nosso estudo, ao contrário daqueles realizados na Tailândia, (18), Europa e USA (16). Finalmente, a exclusão dos relatórios de conformidade dos critérios de De Leon sobre as CT do Peru limita a interpretação adequada de como são as CT do país em termos de requisitos mínimos de qualidade desses estabelecimentos para fornecer um plano de tratamento adequado aos pacientes.

CONCLUSÃO

Nosso estudo permite identificar em uma amostra representativa a quantidade e qualidade das CT disponíveis em nossa região e os principais pontos fortes e fracos dessas instituições, que poderiam servir no futuro para a realização de estudos e geração de políticas de saúde pública que padronizam, homogenizam e melhoram os planos de tratamento e gestão das CT na América Latina.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado por Corporativa de Fundaciones, Bancolombia para Universidad Javeriana, e USAID para Cedro Peru e Cayetano Heredia. Um agradecimento especial à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas (FECCOT), Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ), Federação Mexicana de Comunidades Terapêuticas (FEMEXCOT), Comissão Nacional para o Desenvolvimento e Vida sem Drogas (DEVIDA), pelo Ministério da Saúde do Peru (MINSA), Associação de Comunidades Terapêuticas Peruanas (ACTP), Centro de Informação e Educação para a Prevenção do Abuso de drogas (CEDRO), Observatório Argentino de Drogas (SEDRONAR) e à Federação Latino-Americana de Comunidade Terapêuticas (FLACT).

Comunidades terapêuticas na América Latina I: Um estudo descritivo das CT em vários países latino-americanos

1) Carlos Gómez Restrepo; 2) Patricia Maldonado; 3) Nelcy Rodríguez; 4) Rafael Ruiz Gaviria; 5) Miguel Ángel Escalante; 6) Raúl Ángel Gómez; 7) Marcelo Ribeiro de Araujo; 8) Ana Carolina Schmidt de Oliveira; 9) Joel Chávez Rivera; 10) Alberto Godínez García; 11) Marina Piazza Ferrand; 12)Dora Blitchtein Winicki.

Afiliações

Departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia;
Universidade Nacional de Córdoba, Província de Córdoba, Argentina;
Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil;
Universidade Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru.

Autor Correspondente

Carlos Gómez Restrepo, Departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística, Faculdade de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 No. 40 - 62, Piso 2 Hospital San Ignacio, Bogotá. Telefone: 3208320 Ext. 2808.
E-mail: cgomez_restrepo@yahoo.com

Financiamento

Este estudo foi financiado por Corporativa de Fundaciones, Bancolombia para Universidad Javeriana, e USAID para Cedro Peru e Cayetano Heredia.

Número de palavras: 4872
Número de palavras no resumo: 342
Número de páginas: 19
Número de tabelas: 4
Número de figuras: 4

1) cgomez_restrepo@yahoo.com
2) maldonado.patricia@yahoo.com
3) nrodrigu@javeriana.edu.co
4) ruiz.rafael@javeriana.edu.co
5) miguel@psyche.unc.edu.ar
6) gomez@psyche.unc.edu.ar
7) marcelo@uniad.org.br
8) carolschmidt0811@gmail.com
9) chavez.joel68@gmail.com
10) actuario.godinez@gmail.com
11) marina.piazza@upch.pe
12) dblit2007@gmail.com

• United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación : guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Naciones Unidas; 2003.

• Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9;382(9904):1575–86.

• Schulden JD, Lopez MF, Compton WM. Clinical implications of drug abuse epidemiology. Psychiatr Clin North Am. 2012 Jun;35(2):411–23.

• Cofrancesco J, Scherzer R, Tien PC, Gibert CL, Southwell H, Sidney S, et al. Illicit drug use and HIV treatment outcomes in a US cohort. AIDS Lond Engl. 2008;22(3):357–65.

• World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Psychiatric Association, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Academic Search Complete. Child and Adolescent Mental Health Resources Global Concerns - Implications for the Future. [Internet]. Geneva; Herndon: World Health Organization Stylus Pub., LLC [distributor]; 2005 [cited 2015 Apr 20]. Available from: http://site.ebrary.com/id/10104334

• Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito. ESTUDIO EN PACIENTES EN SALAS DE EMERGENCIA CON PRUEBAS TOXICOLÓGICAS 2010 [Internet]. Argentina; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Estudio_en_pacientes_en_sala_de_emergencia_con_tests_toxicologicos.pdf

• Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. ESTUDIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES CONSULTANTES EN SALAS DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO DE BOGOTÁ D.C. [Internet]. Colombia; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Docs_Obs_Drogas_DNE/Informe_urgencias_2010_UNODC_DNE.pdf

• Oficina, de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. CONSUMO DE DROGAS EN CONSULTANTES DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL PASTEUR DE MONTEVIDEO Informe de Investigación Noviembre 2010 [Internet]. Uruguay; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Fielitz/publication/237046189_CONSUMO_DE_DROGAS_EN_CONSULTANTES/links/0c96051afefa34be48000000.pdf

• Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones [Internet]. Estados Unidos; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf

• De Leon G, editor. Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings. Westport, Conn: Praeger; 1997. 309 p.

• World Federation of Therapeutic Communities (WFTC). What is a Therapeutic Community? [Internet]. Estados Unidos; [cited 2015 Jun 5]. Available from: http://www.wftc.org/therapeutic_community.html

• Fiestas F, Ponce J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. Rev perú med exp salud publica. 2012;29(1):12–20.

• Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD005338.

• Babaie E, Razeghi N. Comparing the effects of methadone maintenance treatment, therapeutic community, and residential rehabilitation on quality of life and mental health of drug addicts. Addict Health. 2013;5(1-2):16–20.

• Johnson K, Pan Z, Young L, Vanderhoff J, Shamblen S, Browne T, et al. Therapeutic community drug treatment success in Peru: a follow-up outcome study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2008;3:26.

• Goethals I, Soyez V, Melnick G, De Leon G, Broekaert E. Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. Subst Use Misuse. 2011;46(8):1023–31.

• Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? Lancet. 2007;370(9592):1061–77.

• Johnson KW, Young L, Shamblen S, Suresh G, Browne T, Chookhare KW. Evaluation of the therapeutic community treatment model in Thailand: policy implications for compulsory and prison-based treatment. Subst Use Misuse. 2012;47(8-9):889–909.

• López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Illescas C, Landa N, Lorea I. Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. Trastor Adict. 2008;10(2):104–11.

• Stohr MK, Hemmens C, Shapiro B, Chambers B, Kelley L. Comparing inmate perceptions of two residential substance abuse treatment programs. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2002;46(6):699–714.

• Haigh R, Tucker S. Democratic development of standards: the community of communities--a quality network of therapeutic communities. Psychiatr Q. 2004;75(3):263–77.

Comunidades terapêuticas na América Latina II

Avaliação da qualidade, eficácia e satisfação dos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas na América Latina

Resumo

As comunidades terapêuticas (CT) são um dos métodos para o tratamento de abuso de substâncias psicoativas, no entanto, na América Latina, é necessário estabelecer qual é o nível de eficácia do tratamento e a satisfação do usuário com a CT que satisfaz os critérios mínimos de qualidade.

Palavras-chave

Comunidades terapêuticas, abuso de substâncias psicoativas, satisfação, abandono.

Métodos

Com base em um estudo preliminar em 5 países da América Latina, selecionaram-se as comunidades terapêuticas que tiveram uma pontuação superior a 9 de acordo com os critérios de De Leon (De Leon G, editor. Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings. Westport, Conn: Praeger; 1997), para a realização de um estudo descritivo e retrospectivo de características qualitativas e quantitativas das comunidades terapêuticas em relação aos residentes das comunidades e atividades nas quais eles participam.

Resultados

Foram incluídos os dados de 58 comunidades terapêuticas em cinco países, com uma população de 1414 pacientes entrevistados, dos quais a maioria eram homens, solteiros e sem histórico prévio de internação em uma comunidade terapêutica. A substância mais consumida nos 30 dias anteriores à internação foi a maconha, com 78% da população entrevistada referindo qualquer consumo de álcool nos últimos 6 meses e a idade média de início de consumo de substâncias psicoativas, aos 16 anos. 79% dos entrevistados percebeu alguma melhora durante a sua permanência na CT. Os elementos ou indicadores de qualidade de De Leon menos atendidos por parte das comunidades terapêuticas foram os seguintes: "Solicitar alguma qualificação profissional a ex-viciados do programa" e "O trabalho faz parte do programa terapêutico". Entre as razões de abandono do programa encontradas no banco de dados, 44% eram altas terapêuticas e 44% eram desistências.

Conclusão

A satisfação do usuário com as comunidades terapêuticas da amostra, em termos de infra-estrutura e qualidade é razoavelmente alta, bem como a conformidade com os elementos essenciais de qualidade, no entanto, é necessário melhorar as bases de dados das comunidades terapêuticas através da coleta uniforme e exaustiva de variáveis demográficas, razões para a admissão, desistência e outros fatores para melhor avaliar e reforçar a qualidade dos programas.

O consumo de substâncias psicoativas é um dos transtornos psiquiátricos que tem gerado grande interesse dos governos por causa de todas as implicações econômicas, políticas, sociais e de saúde que o uso de tais substâncias provocam. O consumo crônico dessas substâncias pode causar alterações neurológicas que serão refletidas em mudanças de comportamento e estilo de vida que não só afetam o indivíduo que sofre de tais doenças, mas a família e a sociedade também(1). Além disso, o abuso de substâncias psicoativas, vem acompanhado por um aumento de comportamentos de risco, aumento de acidentes de trânsito, a co-infecção com doenças infecciosas, como HIV, vírus da hepatite C e outras doenças (2–4).

Um estudo realizado pela OMS com vários países em diferentes regiões do mundo, incluindo Europa e todo o continente americano, avaliou a prevalência de transtornos por consumo de álcool ou de outras substâncias psicoativas nos últimos 12 meses, encontrando prevalência de 5,8% no México, para 13,2 na Alemanha (5). A prevalência deste tipo de patologia não é um valor insignificante se se leva em conta o consumo de qualquer tipo de substância, isto se reflete em dados que afirmam que o abuso de substâncias psicoativas representam 0,5 do total de anos de vida perdidos a nível mundial, enfatizando que a população mais afetada encontra-se na faixa etária entre 15-30 anos (6).

O impacto econômico e os custos gerados por estes distúrbios são consideravelmente altos, como demonstrado por um estudo realizado pela Caulkins et al, que descobriu que os custos em dólares para 2011 gerados pelo abuso de álcool, tabaco e substâncias psicoativas excederam os 700 bilhões, e neste estudo também perceberam que os custos totais gerados por essas patologias são superiores aos de outras doenças crônicas, como câncer e diabetes, devido à grande quantidade de custos indiretos gerados por essas substâncias. Dentro dos custos indiretos estão incluídos os danos causados a terceiros, danos materiais, custos legais, dias de trabalho perdidos, etc (4). Estas mesmas conclusões de aumento de custos foram encontradas em um estudo realizado na Rússia por Potapchik et al, que também verificou que os custos mais altos dessas substâncias não estão relacionados com os

custos associados aos cuidados de saúde. Também descobriram que o investimento feito pelo governo russo para tratar pacientes que sofrem desta doença representa um terço do total das despesas com saúde pública no país (7).

Atualmente, existem medicamentos, terapias e planos de gestão para ajudar as pessoas que sofrem com esses transtornos, no entanto, antes do estabelecimento de tais planos de tratamento, os governos devem realizar estudos para identificar os problemas mais comuns em cada país, já que tem sido demonstrado em vários estudos que as substâncias mais consumidas são diferentes, dependendo da região (8). Além disso, devem ser realizados estudos para identificar a quantidade, qualidade e disponibilidade dos centros de tratamento e da equipe capacitada para a gestão desse tipo de doenças psiquiátricas (9).

Dentro da ampla gama de possibilidades de tratamento existentes, as comunidades terapêuticas (CT), demonstram serem eficazes no tratamento e na gestão de distúrbios de consumo de substâncias psicoativas (10–12), no entanto, até agora têm sido realizados muito poucos estudos que identificam e descrevem as características da população que freqüenta estas instalações, o padrão de consumo de substâncias psicoativas, a satisfação e eficácia percebida destes tratamentos pelos usuários. Na América Latina, nosso grupo já realizou um estudo preliminar que identificou as comunidades terapêuticas disponíveis em 5 países diferentes da região e a qualidade no atendimento das mesmas.

Com base no exposto acima, terá lugar um estudo nos mesmos países que fizeram parte do primeiro estudo, e que se destina a identificar a taxa de eficácia, percepção dos usuários e padrões de consumo em um modelo de comunidade terapêutica encontrada na América Latina.

MÉTODOS

Das comunidades terapêuticas pesquisadas no primeiro estudo realizado pelo nosso grupo em 2013, houve uma seleção das comunidades que obtiveram uma pontuação maior ou igual a 9 pontos de acordo com os critérios estabelecidos por De Leon (ver Tabela 1 para obter uma descrição dos critérios de De Leon) em cada um dos 5 países que

participaram no estudo, Peru, Argentina, Colômbia, Brasil e México. Dessas comunidades foram excluídas aquelas que só prestavam atendimento em regime de ambulatório, ou cuja população branca eram exclusivamente menores e atenderam menos de 50 pacientes. Uma vez estabelecida a amostragem das comunidades selecionadas que iria participar em cada um dos países que atenderam os critérios acima, foi gerado um número aleatório considerando uma distribuição simples, também criou-se uma lista, que depois de ser classificada, permitiu selecionar as comunidades com maior pontuação de cada país.

Uma vez selecionadas as 58 comunidades terapêuticas com as maiores pontuações em cada país, foram realizadas visitas a cada uma delas para aplicar pesquisas qualitativas descritivas aos usuários sobre as variáveis sócio-demográficas, qualidade percebida e eficácia das comunidades, além dos padrões de consumo dos pacientes. Os pacientes escolhidos para o estudo foram aqueles que haviam ingressado na comunidade terapêutica no início de 2009 ou no final de 2012.

Além disso, foi realizada uma coleta retrospectiva de dados por solicitação dos diretores das CT, buscando informação sobre os casos de abandono, admissões e altas terapêuticas alta nos três anos anteriores ao estudo. Exceto por 3 comunidades terapêuticas da Argentina, que foram selecionadas e recusaram-se a fornecer as informações solicitadas, as outras 55 comunidades dos outros países não mostrou nenhuma dificuldade com a coleta de informações.

Uma vez obtidos todos os questionários dos pacientes, e após recolher as informações solicitadas aos diretores das comunidades, os dados foram integrados em uma base projetada em Microsoft Excel, para o subseqüente cálculo de variáveis de associação, criação de gráficos e figuras de resumo apresentados a seguir.

Tabela 1. Descrição dos critérios de De León (13)

Componente	Breve descrição
Duração prevista do tratamento	A duração do processo irá variar de acordo com o caso individual de cada pessoa, embora um período mínimo de envolvimento intensivo seja necessário para assegurar a interiorização dos ensinamentos da comunidade terapêutica

Separação da comunidade	No contexto residencial, os pacientes permanecem afastados do ambiente externo 24 horas por dia durante vários meses, antes de adquirir privilégios de permissão
Atividades comunitárias	Com exceção do counselling (aconselhamento) individual, todas as atividades estão programadas em formato coletivo
Papéis e funções da equipe	Independentemente da função profissional, o papel genérico dos funcionários é o de membro da comunidade. Portanto, sua missão é a de exercer autoridade racional, facilitar e fornecer pautas de ação, de acordo com o método da comunidade de auto-ajuda
Residentes vistos como modelo de funções	Os membros que demonstram comportamentos esperados e refletem os valores e necessidades da comunidade são utilizados como modelos. Espera-se que todos os membros da comunidade tornem-se modelos de função
Um dia estruturado	As atividades diárias organizadas contrastam com vidas caracteristicamente desorganizadas desses usuários e os afastam de pensamentos negativos e de tédio, fatores que predispõem ao consumo de drogas
Trabalho como terapia e educação	De acordo com a metodologia de auto-ajuda, todos os usuários são responsáveis pela gestão diária das instalações. As diferentes funções de trabalho transmitem os efeitos educacionais e terapêuticos essenciais
Uma visão da recuperação e do modo de vida correto	Há um repertório formal e informal para educar sobre a perspectiva da comunidade terapêutica, especialmente seus conceitos em torno da recuperação por meio da auto-ajuda e visão do modo de vida correto
Grupos de encontro entre os residentes	O menor denominador comum em todos os grupos de encontro é aumentar a consciência das pessoas sobre os padrões de atitude ou de comportamento específicos que deveria modificar
Treinamento da consciência	Todas as intervenções terapêuticas e educacionais implicam um aumento da consciência individual sobre o impacto do seu comportamento e atitudes, tanto em si mesmo quanto em seu ambiente social; e, inversamente, o impacto dos comportamentos e atitudes dos outras pessoas no próprio indivíduo e ambiente
Treinamento do crescimento pessoal	Isso requer instruir indivíduos sobre como identificar sentimentos, expressá-los adequadamente e lidar com eles de forma construtiva através de demandas interpessoais e sociais da vida comunitária
Continuidade de cuidados	Posteriormente à realização do programa, a visão do modo de vida correto, a recuperação baseada na auto-ajuda e o uso de redes de residentes, são essenciais para enriquecer o uso adequado de serviços de ensino profissional, de saúde mental, e outros cuidados típicos necessários na fase de convalescença ou readmissão

I. Comunidades terapêuticas selecionadas e número de usuários participante

No total, participaram 58 comunidades terapêuticas, com 1414 usuários entrevistados, no entanto, grande parte da informação dos usuários das comunidade da Argentina, não estava completa e, portanto, não foram incluídas em algumas análises de dados da amostragem.

O país que participou com maior número de comunidades terapêuticas foi o Brasil, com 20 comunidades (34%), e o menos participativo foi Colômbia, com apenas 7 comunidades (12%). A maioria dos usuários entrevistados eram homens, representando 92% da população entrevistada, e o estado civil mais freqüente na amostragem dos entrevistados foi o de solteiro, representando 62%. Quanto à situação de trabalho, 53% dos entrevistados relataram estar empregados antes da internação e 46% estar desempregados (Ver Tabela 2).

Tabela 2. Número de comunidades terapêuticas por país e suas características sociodemográficas

	nº	%
CT participantes por país		
Argentina	9	16
Brasil	20	34
Colômbia	7	12
México	10	17
Peru	12	21
Usuários entrevistados por país		
Argentina	361	26
Brasil	300	21
Colômbia	178	13
México	300	21
Peru	275	19

Gênero		
Homens	1298	92
Mulheres	116	8
Estado civil		
Solteiro	673	64
Casado	168	16
Separado	95	9
Viúvo	11	1
União livre	95	9
Não há dados	11	1
Atividade laboral anterior*		
Empregado	558	53
Desempregado	484	46
Não há dados	11	1

*O número total de pacientes foi de 1053, não se obtiveram dados dos entrevistados na Argentina

II. Idades de consumo e internações anteriores

A idade mínima do primeiro uso de qualquer substância psicoativa que não fosse álcool era altamente variável entre os países, sendo a mais baixa no México com o primeiro consumo realizado aos 4 anos. A idade mais antiga do consumo feito por primeira vez de uma substância, foi relatada no Brasil, 53 anos. A média de idade foi muito semelhante entre os diferentes países, geralmente médias entre 15 e 16 anos.

(ver Tabela 3)

Tabela 3. Idade do primeiro consumo de substâncias

Idade	Brasil nº	Colômbia nº	México nº	Peru nº	Média nº
Mínimo	5	7	4	8	6
Máximo	53	45	46	48	48
Média	16,4	16	15	16	16

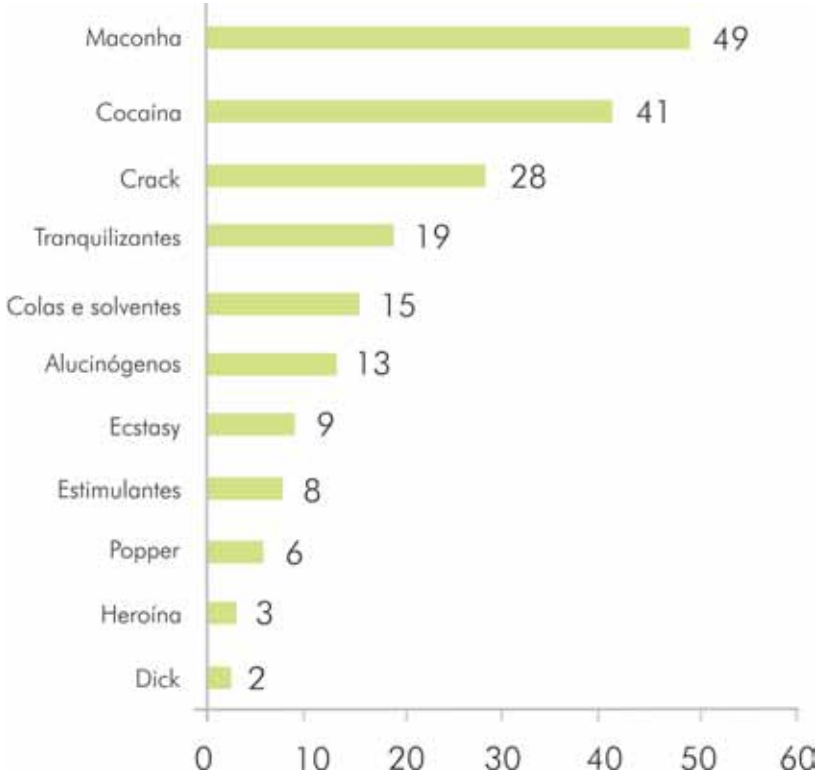
* Não houve dados dos entrevistados na Argentina

Quanto ao número de internações anteriores, 684 usuários (65%) relatou não ter sido previamente internado, 369 usuários (35%) relataram ter sido internados pelo menos uma vez antes, e 295 (28%) responderam que haviam sido internados mais de três vezes.

III. Consumo de substâncias psicoativas

Os usuários foram questionados sobre se haviam consumido alguma substância nos 30 dias antes da sua internação na CT, e qual havia sido a substância usada, exceto álcool. Os resultados através dos países foram semelhantes, sendo a maconha a substância mais consumida (49%), seguido de cocaína (41%) e bazuco (28%). Entre as substâncias menos relatadas, estão o pó de heroína (3%) e o drogas pau (2%) (líquido usado para limpar máquinas) (Veja a Figura 1).

Figura 1. Substâncias mais consumidas nos países participantes, com exceção da Argentina



Os usuários também foram questionados quanto ao consumo de álcool nos últimos 6 meses antes da admissão, sobre quantas vezes nesse período de tempo haviam consumido mais de 4 bebidas se era do sexo feminino, ou mais de 5 se era do sexo masculino, em um dia. 21% dos entrevistados responderam não haver ingerido álcool durante esse período de tempo, 18% uma vez, 60% mais do que uma vez e 1% dos entrevistados não responderam à pergunta.

IV. Pesquisa de satisfação do usuário

O questionário sobre a satisfação dos usuários para avaliar múltiplas áreas da admissão, informações sobre as regras da CT, satisfação com a equipe profissional da instituição, até a percepção de melhora. O primeiro aspecto que foi avaliado (incluídos relatos das comunida-

des terapêuticas da Argentina), foi a complexidade dos processos de admissão nas comunidades, que, segundo a maioria dos entrevistados (76%) foi muito simples. Além disso, 88% dos entrevistados relataram que haviam sido explicadas com detalhes as regras da instituição e 68% dos usuários relataram estar satisfeitos com o tempo dedicado pela equipe médica (ver Tabela 4). Os dados que seguem, não incluem os relatórios da Argentina; em termos de satisfação com o pessoal que trabalha nas comunidades terapêuticas, incluindo psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outro tipo de pessoal, 76% ficaram satisfeitos com o trabalho da equipe profissional da instituição.

Tabela 4. Satisfação dos usuários

	nº	%
Processo de admissão		
Simples	785	56
Pouco complicado	287	20
Muito complicado	64	4
Bastante complicado	50	4
Não participou no processo	228	16
Tempo dedicado pelo médico		
Suficiente	959	68
Insuficiente	455	32
Informações sobre as normas da CT		
Sim	1258	89
Não	156	11

Apenas 3% dos usuários entrevistados percebeu pouca ou nenhuma melhora em suas condições, sendo esta uma constante na maioria dos países pesquisados. A maioria dos usuários das comunidades terapêuticas dos diferentes países participantes, percebeu uma grande ou total melhora do seu problema de consumo de substâncias psicoativas, representado por 79% do total de entrevistados (ver Tabela 5).

Tabela 5. Percepção de melhora relatada por usuários

	Brasil		Colômbia		México		Peru		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Totalmente	83	29	68	38	52	16	55	20,0	258	25
Muito	153	53,5	85	48	195	59,8	139	50,6	572	54
Médio	32	11,2	23	13	71	21,8	58	21,0	184	17
Pouco	13	4,5	2	1	5	1,5	6	2,2	26	2
Nada	13	1,7	0	0	3	0,9	6	2,0	14	1

* Não houve dados dos entrevistados na Argentina

V. Elementos essenciais da CT

Foi avaliado o cumprimento dos indicadores de qualidade e elementos essenciais na amostra de comunidades terapêuticas selecionadas, que incluíam programas padronizados e organizados, envolvimento da família no plano de tratamento, auto-avaliações do equipamento terapêutico, e outras questões relacionadas (para observar outros indicadores avaliados, consulte a tabela 6). A maior parte dos diretivos relatou atender a quase todos os critérios, no entanto, o único país onde todas as comunidades terapêuticas entrevistadas atenderam 100% dos itens foi o México. Na Colômbia, o critérios menos atendidos foram: "O trabalho faz parte do programa terapêutico" (71%)

e b. "Os usuários são encorajados a "agir como se" para desenvolver uma atitude mais positiva (71%). No Brasil, o elemento com o menor conformidade foi: "Solicitar qualificação profissional para ex-viciados" (50%), enquanto no Peru, a pontuação mais baixa foi o critério de "O programa terapêutico inclui treinamento na tomada de decisão pessoal e habilidades sociais" (67%). Na Argentina, apesar de que os indicadores de qualidade não foram atendidos por todas as comunidades, não houve nenhum indicador menos atendido em comparação com o resto.

Tabela 6. Conformidade com os indicadores por parte das comunidades terapêuticas

	Argentina		Brasil		Colômbia		México		Peru		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
O programa terapêutico inclui treinamento na tomada de decisão pessoal e habilidades sociais	9	100	20	100	7	100	10	100	8	67	54	92
A recuperação envolve o desenvolvimento da identidade pessoal e a mudança total do estilo de vida	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100
Os usuários aprendem habilidades de resolução de conflitos	9	100	20	100	7	100	10	100	11	92	58	98
O trabalho faz parte do programa terapêutico	8	88	20	100	5	71	10	100	12	100	55	93
Os usuários são encorajados a 'agir como se' para desenvolver uma atitude mais positiva	9	100	19	95	5	71	10	100	11	92	55	93
São realizados regularmente seminários para ajudar os residentes a encontrar um equilíbrio entre as experiências emocionais e cognitivas do programa da CT	8	88	19	95	6	86	10	100	12	100	56	95
Solicitar qualificação profissional para ex-viciados membros do Programa	8	88	10	50	6	86	10	100	11	92	45	76
São oferecidos serviços de assessoria para a família do usuário	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100

A CT tem históricos médicos ou registros individuais para o acompanhamento e avaliação contínua dos serviços	9	100	19	95	7	100	10	100	12	100	58	98
A CT possui diretrizes para desenvolver um clima institucional de confiança e apoio mútuo; e também uma declaração escrita de deveres e direitos do usuário	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100
Há um fluxograma de funções da equipe profissional da CT, conhecido e aceito por todos	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100
A CT realiza periodicamente uma avaliação da sua eficácia, eficiência e efetividade, incluindo a opinião e satisfação do usuário	8	88	19	95	7	100	10	100	9	75	53	89

VI. Coleta retrospectiva de dados

Foram coletados dados das comunidades terapêuticas que aceitaram participar, incluindo os dados de admissão e saídas do período de tempo compreendido entre a segunda metade do ano de 2009 e os primeiros 6 meses de 2012, deve-se observar que nesta coleta retrospectiva, não foram obtidos os dados dos centros participantes da Argentina. Foram registrados 1522 pacientes, dos quais 87% eram do sexo masculino e 13% do sexo feminino. As idades dos dados recolhidos variou entre 13 e 79 anos, com uma média de 30 anos.

Para a análise das razões de abandono do programa, foram obtidos 3461 dados, dos quais 44% tiveram alta terapêutica, ou seja concluiu o tratamento, e 42% interromperam o tratamento. Do 14% restante, não foram obtidos os dados solicitados. Foram recolhidos os dados das principais razões para o abandono durante esse período de tempo, com um total de 2814 registros em que a mais freqüente foi o fato de não estar se sentindo confortável com a instituição (31%), seguido pelo desconhecimento da causa (27%) e, por último, a falta de apoio familiar (20%). As razões menos freqüentes foram: não se sentir confortável com a equipe profissional da instituição (1%) e não perceber qualquer melhora (2%) (ver Figura 2).

Figura 2. Razões para o abandono

Finalmente, foram coletados os dados de acompanhamento da atividade principal de 795 pacientes, dos quais 51% estão empregados, 25% estão estudando, 14% estão desempregados, 10% não aportaram esse dado. A grande maioria desses acompanhamentos (71%) foram realizados por telefone, seguido da visita à comunidade terapêutica (23%) e o restante é distribuído entre contato via e-mail ou visita domiciliar.

DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo são os primeiros realizados na região da América Latina permitindo a descrição adequada das comunidades terapêuticas em nossa região. E o fato de ser o primeiro estudo a incluir estes cinco países permite a identificação correta destas instituições e regular de forma mais uniforme a sua existência. Dos primeiros resultados do nosso estudo, afirma-se que 90% dos entrevistados eram homens, fato que pode ser porque esses programas são principalmente dirigidos a homens, já que o gênero masculino é mais propenso a consumir substâncias psicoativas em comparação com as mulheres, conforme relatado no mais recente relatório da UNODC de 2014 (14). Além disso, em um estudo realizado

por Johnson e colaboradores na Tailândia, avaliaram-se 22 comunidades terapêuticas do país, e a maioria dos usuários eram homens (15).

Outro resultado de nosso estudo foi que a maioria dos usuários das comunidades terapêuticas entrevistadas, eram solteiros antes da admissão ao programa. Estas descobertas são semelhantes às encontradas em estudos como o de Fernández-Montalvo (16), em que constatou-se que 72% dos entrevistados eram solteiros, enquanto que outros estudos, como Sadir et al (17)constataram que apenas 48% eram solteiros. Em nosso estudo, a maioria dos entrevistados (53%) estavam empregados antes de entrar na instituição, no entanto, os relatórios da situação de emprego dos usuários da CT são altamente variáveis com taxas de emprego de apenas 17% em uma CT da Austrália, ou tão altas como (64%) no Irã (17).

A idade média do primeiro consumo de uma substância psicoativa (não álcool) foi de 16,1, um valor que é semelhante aos encontrados em outros estudos realizados por diferentes países da região (18) e ao relatado pela UNODC (14). A maioria dos pacientes do nosso estudo (68%) não tinha apresentado qualquer admissão anterior a uma CT, e apenas 28% relatou haver entrado mais de três vezes; estes dados são muito diferentes dos relatados por um estudo no Irã (17) em que apenas 25% dos participantes havia tido menos de duas tentativas de admissão a uma CT e 75% havia tido 3 ou mais tentativas de admissão a instituições para o tratamento. Outro estudo conduzido por Darke (19) e colaboradores, constatou que até 58% dos pacientes entrevistados admitiram ter ingressado pelo menos uma vez em uma comunidade terapêutica para fazer o tratamento.

Em nosso estudo, a substância mais frequentemente consumida nos últimos 30 dias (não álcool) foi a maconha, seguida pela cocaína e bazuco, mas, como mencionado no início deste artigo, a epidemiologia das substâncias consumidas varia dependendo da região. Em um estudo realizado na Tailândia, a substância mais frequentemente consumida no mesmo período de tempo era do grupo de estimulantes (ecstasy, speed, ice), seguido por inalantes e maconha (15). No estudo realizado por Darke (19) et al, constatou-se que as drogas mais comummente utilizadas nos últimos 6 meses haviam sido benzodiazepinas, seguidas de maconha e heroína.

A avaliação da complexidade dos procedimentos de admissão dos pacientes nas comunidades terapêuticas foi avaliada como "simples". Esses resultados foram semelhantes aos encontrados no estudo de López-Goñi e colaboradores, (20), que descobriu que a maioria dos entrevistados re-

lataram que o procedimento de admissão na CT era muito simples. Outro aspecto avaliado foi a satisfação dos usuários com os cuidados médicos, considerando que apenas 68% dos usuários estão satisfeitos com o tempo de atendimento oferecido.

79% dos entrevistados perceberam que haviam melhorado bastante ou completamente com a admissão à CT, e menos de 2% não apresentaram qualquer melhora. Estes resultados são diferentes dos relatados por um estudo na Espanha de Fernandez et al (16), que revelou que apenas 54% dos usuários haviam percebido algum grau de melhora e 46% não havia apresentado qualquer melhora na sua saúde. Estas diferenças podem ser explicadas pelas diferenças na população e a quantidade de amostra que tinha cada um dos estudos, entre outros fatores.

A avaliação dos indicadores de qualidade das comunidades terapêuticas evidenciou que a nível de América Latina, as comunidades que concordaram em participar neste estudo atendem à maioria dos critérios, no entanto, os critérios de solicitar qualificações para ex-usuários da instituição e o fato de utilizar o trabalho como parte do plano terapêutico, foram os indicadores menos atendidos. Embora não existem estudos que utilizem os mesmos critérios que usamos em nosso estudo, há uma outra ferramenta para avaliar a qualidade da CT, conhecida como "O questionário dos elementos essenciais" ou SEEQ por sua sigla em inglês. Esta ferramenta foi utilizada no estudo de Goethal et al (21), no qual foram avaliadas comunidades terapêuticas tradicionais e modificadas da Europa e EUA. Entre os resultados destes estudos, eles descobriram que os elementos com menor pontuação nas comunidades europeias foram: o processo de vigilância e avaliação de seus programas, e a hierarquização dos membros da CT, com um organograma estabelecido. Em relação às comunidades terapêuticas dos EUA, os piores resultados foram obtidos nos domínios de confronto e problemas psicológicos decorrentes do abuso de drogas, bem como a integração da família no tratamento do usuário.

Foram compilados dados das desistências realizadas, constatando-se que a proporção de altas terapêuticas e desistências são semelhantes (44% e 42%), dados que diferem de um estudo realizado na Austrália (19) e na Tailândia (15), onde 17% e 33% das desistências terminavam em abandono e 34% e 66%, respectivamente, em altas terapêuticas, respectivamente. As principais razões para o abandono em nosso estudo foram: o fato de não estar satisfeito com a instituição e a falta de apoio familiar, que ao ser comparadas com outro estudo realizado por López-Goñi e

colaboradores (20) concordam que a razão mais comum para abandono é não estar se sentindo confortável com a instituição.

O acompanhamento realizado com alguns usuários, constatou que a maioria dos pacientes estavam empregados ou estudando, e apenas 10% não aportou dados da sua situação empregatícia. Estes resultados também foram encontrados em um estudo longitudinal realizado na Espanha, (16), onde verificou-se que a maioria dos usuários da CT avaliada, que já havia completado o programa ou não, estavam trabalhando.

A colaboração de vários países latino-americanos, juntamente com a grande amostra de CT e dos usuários entrevistados, são essenciais para nosso estudo, permitindo encontrar as diferenças entre as comunidades terapêuticas disponível nos países, as substâncias mais consumidas, a idade de início de consumo e outras variáveis que permitem não só saber como é o processo em cada um dos países membros do estudo, mas também permite realizar uma aproximação dos serviços disponíveis em nossa região.

Um dos nossos pontos fracos, foi o fato de selecionar os centros que haviam atingido uma pontuação mínima no nosso primeiro estudo, porque isso poderia ter influenciado na interpretação de variáveis como o cumprimento de elementos essenciais de qualidade, e pode ter limitado a seleção dos usuários aos centros com melhores qualificações, reduzindo assim a possibilidade de extrapolar os resultados de nosso estudo. Outra grande limitação tanto do estudo quanto dos centros participantes, foi a grande proporção de informações sobre variáveis como razões para o abandono, acompanhamento e desistências no período de tempo em que o estudo foi realizado.

CONCLUSÃO

As comunidades são uma das opções terapêuticas para o tratamento de pacientes com transtornos de consumo de substâncias psicoativas, por isso os resultados de nosso estudo não só permitirão orientar o desenvolvimento dessas instituições baseadas apenas em avaliações de qualidade, mas também sobre as necessidades dos usuários, e poderão ser realizados em um futuro, estudos que não apenas descrevam as condições destes centros de reabilitação, mas também de estudos que explorem variáveis que modifiquem a eficácia das comunidades terapêuticas e seus efeitos sobre os participantes a longo prazo.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pelas: Corporativa de Fundaciones, Bancolombia para Universidad Javeriana, e USAID para Cedro Peru e Cayetano Heredia. Um agradecimento especial à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas (FECCOT), Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ), Federação Mexicana de Comunidades Terapêuticas (FEMEXCOT), Comissão Nacional para o Desenvolvimento e Vida sem Drogas (DEVIDA).pelo Ministério da Saúde do Peru (MINSA), Associação de Comunidades Terapêuticas Peruanas (ACTP), Centro de Informação e Educação para a Prevenção do Abuso de drogas (CEDRO), Observatório Argentino de Drogas (SEDRONAR) e à Federação Latino-Americana de Comunidade Terapêuticas (FLACT).

Comunidades terapêuticas na América Latina II:

1) Carlos Gómez Restrepo; 2) Patricia Maldonado; 3) Maria Nelcy Rodríguez; 4) Rafael Ruiz Gaviria; 5) Miguel Ángel Escalante; 6) Raúl Ángel Gómez; 7) Marcelo Ribeiro de Araujo; 8) Ana Carolina Schmidt de Oliveira; 9) Joel Chávez Rivera; 10) Alberto Godínez García; 11) Marina Piazza Ferrand; 12) Dora Blitchtein Winicki.

Afiliações

Clinical Epidemiology and Biostatistics Department, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia;

Universidade Nacional de Córdoba, Província de Córdoba, Argentina;

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil;

Universidade Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru.

Autor Correspondente

Carlos Gómez Restrepo, Departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística, Faculdade de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 No. 40 - 62, Piso 2 Hospital San Ignacio, Bogotá. Telefone: 3208320 Ext. 2808.

E-mail: cgomez_restrepo@yahoo.com

Financiamento

Este estudo foi financiado por Corporativa de Fundaciones, Bancolombia para Universidad Javeriana, e USAID para Cedro Peru e Cayetano Heredia.

Número de palavras: 6019
Número de palavras em resumo: 351
Número de páginas: 21
Número de tabelas: 6
Número de figuras: 2

1) cgomez_restrepo@yahoo.com; 2) maldonado.patricia@yahoo.com; 3) nrodrigu@javeriana.edu.co; 4) ruiz.rafael@javeriana.edu.co;

5) miguel@psyche.unc.edu.ar; 6) gomez@psyche.unc.edu.ar; 7) marcelo@uniad.org.br; 8) carolschmidt0811@gmail.com; 9) chavez.joel68@gmail.com; 10) actuario.godinez@gmail.com; 11) marina.piazza@upch.pe; 12) dblit2007@gmail.com

REFERÊNCIAS

• National Institute of Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains, and Behavior the science of addiction [Internet]. United States; 2010 [cited 2015 Jun 16]. Available from: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sciofaddiction.pdf

• Ferrando SJ, Freyberg Z. Neuropsychiatric aspects of infectious diseases. Crit Care Clin. 2008;24(4):889–919, x.

• Schulden JD, Lopez MF, Compton WM. Clinical implications of drug abuse epidemiology. Psychiatr Clin North Am. 2012 Jun;35(2):411–23.

• Caulkins JP PhD, Kasunic A MS, Lee MAC MS. Societal burden of substance abuse. Int Public Health J. 2014;6(3):269–82.

• WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bull World Health Organ. 2000;78(4):413–26.

• Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9;382(9904):1575–86.

• Potapchik E, Popovich L. Social Cost of Substance Abuse in Russia. Value Health Reg Issues. 2014;4:1–5.

• Wu L-T. Substance abuse and rehabilitation: responding to the global burden of diseases attributable to substance abuse. Subst Abuse Rehabil. 2010;2010(1):5–11.

• Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? Lancet. 2007;370(9592):1061–77.

• Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD005338.

• Johnson K, Pan Z, Young L, Vanderhoff J, Shamblen S, Browne T, et al. Therapeutic community drug treatment success in Peru: a follow-up outcome study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2008;3:26.

• Fiestas F, Ponce J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. Rev perú med exp salud publica. 2012;29(1):12–20.

• De Leon G, editor. Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings. Westport, Conn: Praeger; 1997. 309 p.

• United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2014 [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 7]. Available from: http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf

• Johnson KW, Young L, Shamblen S, Suresh G, Browne T, Chookhare KW. Evaluation of the therapeutic community treatment model in Thailand: policy implications for compulsory and prison-based treatment. Subst Use Misuse. 2012;47(8-9):889–909.

• Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Illescas C, Landa N, Lorea I. Evaluation of a therapeutic community treatment program: a long-term follow-up study in Spain. Subst Use Misuse. 2008;43(10):1362–77.

• Sadir N, Shojaei M, Moadab K, Abbasi R, Bahrampour A, Nakhaee N. Outcome evaluation of therapeutic community model in iran. Int J Health Policy Manag. 2013;1(2):131–5.

• Observatorio de Drogas de Colombia M de J y del D, MEN M de EN, MSPS M de S y PS, UNODCO de las NU contra la D y el D, CICAD CI para el C del A de D, OEA O de los EA. Estudio Nacional Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar [Internet]. 2011. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/II%20Estudio%20Nacional%20de%20Consumo%20de%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf

• Darke S, Campbell G, Popple G. Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. Drug Alcohol Rev. 2012;31(1):64–71.

• López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Illescas C, Landa N, Lorea I. Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. Trastor Adict. 2008;10(2):104–11.

• Goethals I, Soyez V, Melnick G, De Leon G, Broekaert E. Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. Subst Use Misuse. 2011;46(8):1023–31.