

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

HELENA DURAN MELETTI

CONTROLE COERCITIVO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:
UM ESTUDO A PARTIR DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

SÃO PAULO

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

HELENA DURAN MELETTI

CONTROLE COERCITIVO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:
UM ESTUDO A PARTIR DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para Graduação no curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni.

SÃO PAULO

2014

AGRADECIMENTOS

A Mônica, por me orientar neste trabalho e por ser uma inspiração da profissional que almejo ser um dia. Muito obrigada por tudo!

A minha família, Pai, Mãe, Pe e Mari. Temos a sorte de caminhar juntos em qualquer jornada. Um agradecimento especial à minha mãe que atuou diretamente neste trabalho, e a meu pai que inspirou esta pesquisa, vocês são meus grandes heróis. Amo muito vocês!

A KK e Leila, por me ajudarem neste período, confiarem em mim e me ensinarem a atuar no mundo da psicologia. Um agradecimento especial à KK, por sua generosidade infinita, que me abraçou como se fosse sua filha.

Ao Gabriel por me acompanhar, me apoiar, me ajudar, me entender, me escutar e por relevar minha ausência parcial neste período. Enfim, por ser meu grande amigo e meu grande amor.

A Paula, Jéssica e Rafa. Passar por este processo com vocês tornou-o mais fácil. Obrigada por estarem do meu lado para me segurar!!!

“[...] the things we take away from them in the name of punishment are the things we ourselves get. [...] When we reward another person, we must give up something we possess or perform some service.”

B. F. Skinner (1979 p. 3 e 4)

Área de conhecimento: 7.07.10.02-3 – Programas de Atendimento Comunitário

Título: Controle Coercitivo em Comunidades Terapêuticas: Um estudo a partir da Análise do Comportamento

Ano: 2014

Orientanda: Helena Duran Meletti

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo identificar práticas coercitivas, a partir das definições propostas por Sidman (1989), em Comunidades Terapêuticas e sugerir possíveis contribuições da Análise do Comportamento para o debate do tratamento do usuário dependente de droga via internação. Investigou-se o cumprimento da normatização vigente nessas instituições (RDC nº 29). Foram analisados os dados pertinentes a partir do *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. A análise foi dividida em quatro seções: (1) seleção das Comunidades Terapêuticas analisadas; (2) análise das características gerais; (3) análise do cumprimento das normas dispostas na RDC nº 29; e (4) Identificação de práticas coercitivas e seus subprodutos. Vinte e oito instituições foram analisadas e os resultados mostram que esta abordagem de tratamento é difundida no país inteiro, tem como maioria do público alvo homens e são quase que exclusivamente instituições cristãs. Apesar de dados escassos sobre o cumprimento das normas dispostas na RDC nº 29, notou-se que nenhuma delas cumpre a resolução, já que nenhuma destas Comunidades Terapêuticas garante a preservação dos direitos do cidadão, além de 26 aplicarem castigos físicos, psicológicos e morais. Foram identificadas práticas coercitivas nas 28 instituições, categorizadas em quatro tipos diferentes: práticas aversivas como parte do tratamento, perda de reforçadores ao entrar na Comunidade Terapêutica, punições (positivas e negativas) ao desobedecer as regras e situações de aversividade não especificadas. Por fim, concluiu-se que a prática desta abordagem de tratamento dificilmente será efetiva para reinserção social do público alvo. Além disso, segue na contramão dos pressupostos defendidos pela Análise do Comportamento.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas. Controle Aversivo. RDC nº 29.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
Análise do Comportamento: controle aversivo e uso de drogas.....	6
O modelo da Comunidade Terapêutica.....	15
MÉTODO	26
Seleção de Comunidades Terapêuticas analisadas	26
Análise de características gerais	27
Análise do cumprimento das normas dispostas na RDC nº 29	28
Identificação de práticas coercitivas e de seus subprodutos	30
Banco de dados	30
RESULTADOS	31
Seleção de Comunidades Terapêuticas que foram analisadas	31
Análise de características gerais	32
Análise do cumprimento das normas dispostas na RDC nº 29	40
Identificação de práticas punitivas e de seus subprodutos.....	52
DISCUSSÃO	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	72
ANEXO A.....	72
ANEXO B.....	73

1. INTRODUÇÃO

1.1 Análise do Comportamento: controle aversivo e uso de drogas

Um indivíduo da espécie humana não adquire a mesma gama de repertórios comportamentais sem o ambiente social e práticas culturais que outro, com este contato preservado, possui. Assim, a importância deste ambiente em termos de evolução da nossa espécie é indiscutível (SKINNER, 1979; GUEDES, 2011). Porém, “diferentes práticas produzem diferentes problemas”; nesta expressão Skinner (1979) refere-se, especialmente, ao controle aversivo presente nas relações do homem com seu ambiente social.

Nas relações do homem com a natureza, aquilo que é punitivo tem sido evitado através da produção de tecnologias, quer seja de saneamento básico e medicina para “nos livrarmos” de doenças, quer seja da agricultura e transporte para “nos livrarmos” da fome. Entretanto, o desenvolvimento tecnológico não é passível de atingir as relações do homem com seu ambiente social e, por isso, não pode evitar problemas oriundos de práticas aversivas presentes nessa relação (SKINNER, 1979; GUEDES, 2011).

O fato é que, para aquele que pune, a consequência imediata pode até funcionar, o indivíduo que tem sua resposta punida, muito provavelmente, para de realizar a esta ação, mas, a longo prazo, a punição tem mais efeitos negativos do que positivos, tanto para aquele que é punido quanto para aquele que pune – “Os estímulos aversivos necessários geram emoções, incluindo predisposições para fugir ou retrucar, e ansiedades perturbadoras” (SKINNER, 1953, p. 199). Por conta desta imediatividade o comportamento de punir o outro passa a ser reforçado. Acostuma-se a punir e a aceitar e conviver com práticas punitivas (SKINNER, 1979).

Nesta relação, a resposta punida pode até deixar de acontecer imediatamente, mas isso não garante que o indivíduo não volte a realizá-la novamente. Pelo contrário, quando esta deixa de ser punida ela volta a ocorrer em frequência igual ou superior comparada ao número de emissões ocorridas antes de ser punida. O que acontece, portanto, é uma supressão temporária do comportamento (SKINNER, 1953). Além da resposta voltar a ocorrer o controle aversivo gera sérias implicações àquele que é punido.

Sidman (1989) se dedica a explicar o controle coercitivo e seus subprodutos, para aprofundar nesta discussão devemos aqui ressaltar que o controle está presente em todas as nossas relações com o ambiente e este pode ser coercitivo ou não (SIDMAN, 1989; GUEDES, 2011). Quando o controle não é coercitivo significa que o responder é reforçado positivamente, aumentando a probabilidade de ocorrência desta resposta. O reforço positivo produz efeitos no ambiente do indivíduo que antes não estavam lá. Podemos chamar de controle não coercitivo as relações que envolvem somente este tipo de reforçamento (SIDMAN, 1989).

O controle coercitivo envolve o reforçamento negativo e a punição. O reforçamento negativo remove algo que antes estava presente no ambiente do indivíduo. Sidman (1989) exemplifica os dois tipos de reforçamento - positivo e negativo - : “Colocar moedas em uma máquina (comportamento) pode produzir uma barra de chocolate (reforçamento positivo) ou pode remover a barreira de uma catraca (reforçamento negativo) ...”. Essas duas consequências, positivas e negativas, são reforçadoras, e portanto, tornam mais provável que realizemos a mesma ação mais vezes (SIDMAN, 1989).

Sidman (1989) define o reforçamento negativo como uma primeira categoria do controle coercitivo. A segunda categoria é constituída pela punição (positiva e negativa), ela é simetricamente oposta aos reforçadores. A punição pode ser definida pela retirada

do reforçador positivo do ambiente ou pela inserção do reforçador negativo, respectivamente punição negativa e punição positiva.

Sabe-se que os reforçadores aumentam a probabilidade da resposta voltar a ocorrer, porém, a punição, que tem como objetivo tornar as respostas emitidas por alguém menos prováveis de acontecer, não tem certamente esta característica (SKINNER, 1953; SIDMAN, 1989). Além disso, ainda causam implicações nada boas, chamadas por Sidman (1989) de subprodutos da punição.

O primeiro deles é ampliar os Punidores Condicionados. Qualquer coisa que sinalize que a punição virá, pareado sucessivamente com a apresentação da punição, se torna um punidor condicionado. Desta forma se tornam tão punidores quanto aqueles que são incondicionados. Este é chamado de um efeito tóxico do comportamento: os punidores vão se ampliando cada vez mais e o ambiente em que a resposta foi punida passa a ser um punidor condicionado, assim como qualquer outra coisa que possa estar neste ambiente, até mesmo, pessoas, ameaças e a própria emissão da resposta (SKINNER, 1953; SIDMAN, 1989; GUEDES, 2011).

O indivíduo emite, então, qualquer resposta que elimine ou afaste esta condição, selecionando-a. A fuga, nada mais é do que eliminar ou retirar o evento aversivo que está vigente. Portanto, “rotas de fuga” funcionam como reforçadores negativos, mas quando a punição é imprevisível, esses tornam o indivíduo incapaz de relaxar, explorar o ambiente e aprender (SIDMAN, 1989).

Quando um indivíduo impede um evento indesejado de acontecer, considera-se, tecnicamente, esquiva. Se o indivíduo realizar esquivas bem sucedidas, então ele se manterá longe da punição. A fuga não acontece se o estímulo punidor não está vigente, assim como a esquiva não acontece se o indivíduo não foge daquilo que o pune. Portanto

só esquivamos daquilo que já nos puniu. Avisos da iminência da punição, tornam o indivíduo sensível a realizar esquivas. Esquiva-se frente a punidores condicionados – estímulos que apareceram junto com o punidor incondicionado (SIDMAN, 1989).

A redução de taxa de emissão de respostas, seja aquelas que produzem reforçadores positivos ou negativos (fuga ou esquiva), diante de uma punição inevitável é denominada, segundo Sidman (1989), de ‘supressão condicionada’. Comumente, quando um indivíduo está por receber uma punição inevitável, relata ansiedade, e sinais de pânico e terror são facilmente visíveis para os outros.

A punição tem como subproduto também a agressão. O indivíduo punido ataca aquele que o puniu ou outra pessoa ou coisa. Sidman (1989) afirma que, para aquele que acabou de ser punido, a possibilidade de atacar torna-se um reforçador positivo e, assim, aumenta a probabilidade de agredir novamente.

Quando não há meios de fugir ou esquivar, acaba-se por descobrir alguma forma de contra controlar aqueles que nos punem. Seja fazendo greve contra governantes ou copiando a lição para não levar bronca da professora, aprende-se outras maneiras evitar o controle coercitivo (SIDMAN, 1989).

Quando acostuma-se a punir, provavelmente passa-se a atentar-se mais a comportamentos que não são desejáveis, deixando de reforçar aquilo que se quer que volte a acontecer e punindo aquilo que não queremos que volte a acontecer. Visto que punir alguma resposta não garante que ela deixe de acontecer e reforçar uma resposta garante que ela volte a ocorrer, Sidman (1989) defende que o reforçamento positivo é a alternativa à punição. Quando é dada atenção apenas àquilo que não se quer que volte a acontecer - mesmo que punindo -, acaba-se por reforçar este comportamento. Sendo assim deve-se dar atenção, reforçar, àquilo que se deseja que volte a acontecer.

Holland (1978) descreve intervenção aversiva de alguns analistas do comportamento para o comportamento de “beber”. Apesar do consumo da bebida alcoólica em meio social ser um comportamento extremamente reforçado, o indivíduo que bebe demais é punido socialmente e acaba por sofrer retaliação social, da mesma forma que, o pedófilo, o homossexual, a pessoa violenta e usuários de drogas. Holland (1978) afirma que em casos “patológicos”¹, combinados com retaliação social é comum encontrar intervenções pautadas por estimulação aversiva, ao mesmo tempo é certamente incomum encontrar esse tipo de terapia em indivíduos que sofrem de depressão, por exemplo. O autor levanta questões em sua crítica que devem ser consideradas.

O homossexual pode receber choques elétricos quando tem uma ereção ao ser lhe mostrado uma fotografia, mas o doente impotente não recebe choques elétricos, como forma de terapia, por não conseguir uma ereção em circunstâncias semelhantes. Se a terapia aversiva tem alguma eficácia, porque é então reservada para os atos vistos como imorais? Será que há um elemento de retaliação social na sua utilização?

Assumo que os terapeutas são motivados por interesses humanitários ao ajudar os doentes. Mas os problemas do indivíduo foram definidos por outras pessoas de tal forma que os meios aversivos de alterar o comportamento são justificados (HOLLAND, 1978, p.319).

Holland (1978) nesta afirmação, discute que a terapia aversiva é utilizada somente para casos considerados imorais, que não seguem a regra “normal” e “correta” da sociedade. As pessoas que são objeto de retaliação social são as mesmas que são sujeitas à terapia aversiva. Os profissionais que as utilizam que não se atentam ao ambiente de seu paciente.

¹ A expressão “patológicos” se daria, nesse caso, sob uma concepção psiquiátrica, onde o que é fora do normal (no sentido de curva normal - aquilo que está fora da curva normal) é considerado doença, anormalidade e deve ser revertida. Na Análise do Comportamento esta concepção é deixada de lado. Considera-se que nenhum comportamento é inútil, todos tem sua função, toda forma de se comportar foi selecionada por condições ambientais e de alguma forma são adaptativas. O normal e o anormal seguem as mesmas leis (BANACO, ZAMIGNANI, MARTONE, VERMES e KOVAC, 2012).

O experimento de Gallant (1970 apud HOLLAND, 1978 p. 62) ilustra este tipo de terapia aversiva que Holland (1978) critica. No experimento 210 indivíduos alcoolistas que eram frequentemente presos foram submetidos - após serem indiciados judicialmente a participar do programa como pena alternativa - a um programa de tratamento obrigatório com Antabuse, uma droga que produz náuseas severas quando o álcool é ingerido. O autor procurou intervir no alcoolismo através do pareamento da resposta de beber com um estímulo aversivo, esperando que o enjojo fosse forte o suficiente para romper o valor reforçador e adaptativo deste comportamento para essas pessoas, promovendo a “cura”.

Ao descrever os dados demográficos dos participantes de sua pesquisa, somente a minoria relatava algum contato social com esposa (4), família (24) ou amigos (3), além de a grande maioria viver sozinho. Muitos também não tinham residência, emprego e não gozavam de boa saúde. Contribuiu também o fato de que muitos deles já eram conhecidos pelos policiais e assim serem presos sem que apresentassem sinal de embriaguez. A partir dessas características Holland (1978) defende que a extrema miséria e solidão desses indivíduos podem estar envolvidas no comportamento operante de beber, colocando o beber como uma resposta de fuga a estímulos aversivos, portanto sendo mantida por reforçamento negativo. Pode-se ampliar esta discussão, não só para o alcoolista, mas também para o usuário de outras drogas, pois esses indivíduos, também são vistos como realizadores de “maus hábitos” (CASTRO, 2002).

Silva, Guerra, Gonçalves e Garcia-Mijares (2001) indicam a noção de vulnerabilidade como fundamental para o desenvolvimento da dependência. Indivíduos com poucos reforçadores em seu ambiente, e/ou muita estimulação aversiva têm maior probabilidade de se tornarem dependentes, pois este ambiente aumenta o valor reforçador da droga, seja por afastar o organismo de estímulos aversivos ou por proporcionar mais

reforçadores positivos, apresentando aqui a noção operante de uso de droga (HUZINKER, 1997; SILVA ET AL, 2001; CASTRO, 2002).

Podemos exemplificar esta afirmação de Silva et al (2007) a partir do experimento de Alexander, Coombs e Hadaway (1978). Os pesquisadores estudaram a auto administração de morfina por ratos em gaiolas de experimentos regulares (sem acesso físico ou visual a outros ratos com tamanho de 25cm x 18 cm) e numa gaiola apelidada pelos pesquisadores de “*rat park*” (gaiola comum para 22 ratos, fêmeas e machos, com 8,8 m² de tamanho, serragem no chão, pequenas gaiolas com tampos abertos para explorar e poste para escalada). Foram disponibilizadas em cada gaiola dispensador com água e/ou dispensador com morfina a depender da condição.

Os ratos de ambas as gaiolas foram submetidos a três semanas de acesso livre à água e à morfina e nessas semanas todos os ratos consumiram quase que exclusivamente água. Depois foram submetidos a quatro condições experimentais: (1) Acesso Limitado, (2) Consumo Forçado, (3) Ciclo Nichols e (4) Abstinência. No período de Acesso Limitado os sujeitos tinham acesso a líquido por 7h a cada dia; no primeiro dia poderiam escolher entre os dois líquidos; no segundo e terceiro dia tinham acesso somente à morfina; este padrão era repetido nove vezes e seguido de um dia de escolha final. O período de Consumo Forçado era definido por 57 dias de acesso somente à morfina com quatro dias de escolhas entre os dois líquidos. O período do Ciclo Nichols constituía-se de ciclos de três dias onde o primeiro dia os ratos não tinham acesso a nenhum líquido, no segundo tinham acesso à morfina e no terceiro à água. O ciclo de três dias era repetido oito vezes e a cada dois ciclos períodos de escolha eram disponibilizados. O último período, de abstinência, disponibilizava somente água, com um dia de escolha na segunda e na quinta semana.

Os resultados mostraram que com exceção da primeira condição (Acesso Limitado) na qual ambos os grupos beberam pouca morfina, em todas as outras condições os ratos isolados beberam mais morfina nos dias de escolha que os ratos do “*rat park*”, chegando a 19 vezes maior o consumo dos ratos isolados. A pesquisa indica que as condições do ambiente desempenham um papel importante na autoadministração de substâncias psicoativas, pois quando os sujeitos tinham possíveis reforçadores disponíveis o consumo de morfina era consideravelmente menor do que quando os possíveis reforçadores eram poucos ou inexistentes, podendo ser descritos como estando em situação de vulnerabilidade. Isto vai ao encontro do que defende Silva et al (2001) sobre possíveis variáveis para a dependência da droga.

Portanto, o uso compulsivo de certa droga é explicado pela Análise do Comportamento como qualquer outro comportamento, seguindo os mesmos princípios da abordagem. Envolve respostas selecionadas e adaptativas e é controlado por eventos ambientais, apesar de poder ser um comportamento lesivo, inadequado, moralmente considerado como fraqueza, crime, pecado, falta de controle ou como um comportamento desviante (HOLLAND, 1978; SILVA ET AL, 2001).

A droga pode assumir um papel reforçador, quando seus efeitos reforçam a resposta de consumi-las, portanto, aumentam a probabilidade da resposta de usar voltar a ocorrer. O reforçador pode ser tanto positivo quanto negativo (HUZINKER, 1997; SILVA ET AL, 2001; CASTRO, 2002). Pode também assumir papel de estímulo discriminativo ao sinalizar que somente sob o efeito daquela droga o organismo pode se comportar de certa maneira. Por exemplo, somente sob o efeito da cafeína (ou qualquer outra substância) certa pessoa é capaz de trabalhar (SILVA ET AL, 2001).

O uso recorrente da droga também está relacionado à noção de comportamento respondente. O mecanismo poderia ser descrito da seguinte forma: a administração da

droga (estímulo incondicionado) elicia determinado efeito no organismo (resposta incondicionada), e o ambiente de uso da droga (anteriormente neutro passa a ser um estímulo condicionado); a depender da história de cada um, passa também a eliciar respostas condicionadas (preparatórias), preparando o organismo para receber a droga (HUZINKER, 1997; SILVA ET AL, 2001; BENVENUTI, 2007).

Os estímulos condicionados eliciam, muitas vezes, respostas opostas às eliciadas pelo estímulo incondicionado. Assim o estímulo condicionado reduz o efeito incondicionado da droga, fazendo com que o indivíduo aumente a dose da droga administrada com episódios de usos sucessivos para atingir o mesmo efeito eliciado pelo primeiro uso. Portanto quanto mais estímulos condicionados, mais intensa será a resposta condicionada (preparatória); esta, com uma mesma dose não terá o mesmo efeito, portanto o indivíduo adquire maior tolerância à dose desta droga (Huzinker, 1997; Silva et al, 2001; Benvenuti, 2007).

Ao sair de seu ambiente costumeiro de uso, e administrar a mesma dose o indivíduo está sujeito a maior probabilidade de ocorrência de overdose, pois os estímulos condicionados mudaram, e o efeito preparatório para esta dose não acontece (HUZINKER, 1997; SILVA ET AL, 2001; BENVENUTI, 2007).

A síndrome de abstinência é portanto uma série de reações opostas e incompatíveis ao uso da droga quando o consumo é interrompido (chamada de dependência física por Huzinker, 1997). Neste caso o usuário tende a consumir a droga como fuga dessas sensações desagradáveis (HUZINKER, 1997; SILVA ET AL, 2001; BENVENUTI, 2007).

A partir desses conceitos, Huzinker (1997) discute o papel da internação uma vez que ao internar o usuário de droga coloca-se em extinção somente as respostas operantes,

e não as respondentes. Assim, ao sair da internação a probabilidade de recaída se torna grande, pois, ao voltar para o mesmo ambiente, os mesmos estímulos condicionados (pessoas, lugares, práticas) eliciarão respostas opostas às incondicionadas preparando o indivíduo para o uso, essas terão o mesmo valor, pois, não entraram em extinção (HUZINKER, 1997; SILVA ET AL, 2001; BENVENUTI, 2007).

Alguns estudos indicam que 98% das pessoas submetidas a tratamentos como esses, em Comunidades Terapêuticas, recaem pouco tempo depois de deixarem os locais de internação (XAVIER, 2013). Considerando este dado e as referências expostas nesta introdução, este trabalho terá como foco nesta abordagem de tratamento via internação, visto que, atualmente, é a modalidade mais difundida no Brasil (PERRONE, 2014).

1.2 O modelo da Comunidade Terapêutica

Estima-se que o surgimento das Comunidades Terapêuticas aconteceu na mesma época em que se deu o início à reforma psiquiátrica, ou seja, logo após a 2ª Guerra Mundial (AMARANTE, 1995; JONES, 1972; JONES, 1984; PERRONE, 2014). Foi no Hospital Maudsley, em Londres, no ano de 1946, que Maxwell Jones, um psiquiatra sul-africano, formou a primeira Comunidade Terapêutica ainda chamada por ele de “Comunidade de transição”. Seus pacientes eram ingleses ex-prisioneiros de guerra, recém regressados dos “campos de prisioneiros” da Europa e Extremo Oriente (JONES, 1972; JONES, 1984). Esses homens haviam passado cinco anos afastados do convívio social, separados de suas famílias e amigos, e “precisavam tentar adaptar-se a um mundo que em boa parte os havia esquecido” (JONES, 1972, p. 17 e 18).

A proposta realizada por Maxwell Jones consistia em recapacitá-los e reinseri-los socialmente através de um ambiente social e democrático, onde pacientes e funcionários trabalham juntos no tratamento da doença, abandonando a ideia de que o paciente é o “objeto de estudo” do médico (JONES, 1972; JONES, 1984).

Logo de início 60 empregadores o auxiliaram mostrando interesse em contratar esses pacientes para trabalhar em seus empreendimentos por um período de 4 horas diárias. Na situação de trabalho tinham a oportunidade de frequentar um ambiente social que não o do hospital. Ao voltar eles discutiam suas dificuldades no trabalho, visão negativa de autoimagem, falta de confiança em situações sociais, medo de impotência diante do sexo oposto e pensamentos paranoicos relacionados a suas esposas (JONES, 1972; JONES, 1984).

O sucesso desta unidade, que teve a duração de um ano, fez com que os Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência financiassem uma “unidade de tratamento para desajustados sociais” (JONES, 1972). Esta iniciativa teve como sede o Hospital Belmore (Londres) e chamou-se Unidade de Neurose Industrial. Em 1959 tornou-se uma unidade independente e passou a chamar Hospital Henderson e deu seguimento ao conceito de Comunidade Terapêutica criada por Maxwell Jones mesmo após sua saída, no mesmo ano, para lecionar na Universidade de Oregon nos Estados Unidos da América (JONES, 1972).

Em meados da década de 60 este trabalho, que teve início com Maxwell Jones na Inglaterra, pareceu se desdobrar para usuários dependentes de drogas (PERRONE, 2014). Segundo De Leon (2003), não há até o momento um histórico abrangente nem profundo sobre as Comunidades Terapêuticas de tratamento da dependência química. As fontes diretas de elementos essenciais das Comunidades Terapêuticas são atribuíveis a três

notáveis grupos de precursores: o Grupo de Oxford; a Associação dos Alcoólicos Anônimos; e Synanon, comunidade de autoajuda residencial (DE LEON, 2003).

Fundada em 1860 por Franck Buchman, ministro evangélico luterano, o Grupo de Oxford, uma organização religiosa, tinha como objetivo o renascimento espiritual, os participantes se encontravam toda semana para estudar a bíblia. Suas ideias e práticas envolviam ética do trabalho, cuidado mútuo, a orientação partilhada, valores evangélicos da honestidade, da pureza, altruísmo e do amor, o autoexame, o reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação por danos causados e o trabalho conjunto. Após dez anos constataram que 25% desse grupo eram alcoolistas em recuperação e consideravam que o grupo os ajudava a manterem-se sóbrios (FRACASSO, 2001; DE LEON, 2003).

Foi no Grupo de Oxford que Bill Wilson, corretor de Nova York, e Bob Smith, médico de Akron, se conheceram e com Roland Hazerd, banqueiro e ex-senador de Connecticut, formaram dentro do Grupo de Oxford o que veio a se tornar os Alcoólicos Anônimos (AA). Com sua prática guiada por 12 passos (Anexo A) e 12 tradições (Anexo B) e sem nenhuma religião específica - mas com a espiritualidade como foco do 'tratamento' - o modelo de autoajuda (recuperação e a capacidade de mudar estão no próprio indivíduo) e a interação com pares prosperou como referência para o tratamento de alcoolistas (BURNS, 1997; FRACASSO, 2001; DE LEON, 2003). Os passos e as tradições do AA auxiliam e guiam o alcoolista na recuperação dessa doença sem cura. Ainda hoje, a maioria das Comunidades Terapêuticas utiliza esses grupos de autoajuda na dinâmica da recuperação do indivíduo em sua estadia durante o tempo de tratamento (BURNS, 1997; FRACASSO, 2001; DE LEON, 2003).

Segundo os Alcoólicos Anônimos (1976), seguindo os passos e tradições do programa, é quase que impossível de se fracassar no processo de recuperação e, se o

fracasso ocorrer, supõe-se que o alcoolista não quer ou não consegue se entregar de fato ao programa.

Na década de 50 alguns membros do A.A., alcoolistas em recuperação, decidiram viver juntos em uma comunidade que não focasse somente sua abstinência, mas também um estilo de vida alternativo. O início desta comunidade, denominada Synanon e fundada por Chuck Dederich deu-se em reuniões semanais que seguiam, de certa forma, o modelo de autoajuda, com algumas alterações devido às influências de escolas filosóficas, pragmáticas e psicológicas que Dederich acreditava. Depois de um tempo, esse modelo acabou por virar, de fato, uma residência terapêutica. Em 1959 foi oficialmente fundada para tratar de dependentes de quaisquer substâncias psicoativas. Essa Comunidade Terapêutica propunha um novo lar e uma sociedade diferenciada para os indivíduos que buscavam abstinência e suas famílias; um novo estilo de vida comunitário. Essa é a primeira Comunidade Terapêutica encontrada na literatura que cuidava exclusivamente da dependência do uso de drogas (FRACASSO, 2001; DE LEON, 2003).

A literatura sobre Comunidades Terapêuticas se mostra limitada ao indicar como esta modalidade de tratamento chegou ao Brasil, mas, segundo Perrone (2014), sabe-se que é a modalidade mais procurada para o tratamento da dependência química neste país.

O serviço prestado por Comunidades Terapêuticas tem como foco o tratamento do usuário dependente de substâncias psicoativas (SPA) através da convivência entre os pares num regime residencial – às vezes, ambulatorial - de tempo variável (PERRONE, 2014).

Neste ano de 2014 está acontecendo um levantamento destas instituições em nosso país, o Censo das Comunidades Terapêuticas do Brasil, realizado pelo SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas). Até a data de 20 de março de 2014 já

havam se cadastrado 1847 instituições. No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) propõe regulamentar, e fazer a vigilância destas instituições desde 30 de maio de 2001.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº29 de 30 de maio de 2011 da ANVISA, normatiza o serviço de Comunidades Terapêuticas no Brasil. Esta veio a substituir a RDC nº 101 de 30 de maio de 2001. As condições exigidas para seu funcionamento, consideradas mais relevantes para este trabalho, estão descritas a seguir.

- Condições Organizacionais: a instituição deverá manter profissional técnico de nível superior legalmente habilitado, e este mesmo profissional pode responder pelas questões organizacionais. Cada residente deverá possuir uma ficha individual em que se registre todas as atividades e atenções a ele dispensadas, além de intercorrências clínicas. Esta ficha deverá se encontrar em local de livre acesso a ele e seus responsáveis - porém na resolução não é especificado o local. As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde caso se faça necessário.
- Gestão Pessoal: a instituição deverá dispor de recursos humanos 24 horas por dia, em número compatível com a sua demanda², e essa equipe deverá receber ações de capacitação proporcionadas pela instituição.
- Gestão de Infraestrutura: as instalações físicas dos ambientes externos e internos devem apresentar boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. Os ambientes obrigatórios e suas características são pré-definidos por essa

² A RDC nº 29 não explicita o número de profissionais compatíveis para X nº de internos, diferentemente da RDC nº 101 (anterior à RDC nº 29) que orienta que a equipe mínima para uma demanda de 30 residentes deve ser: um profissional da área da saúde ou serviço social, um coordenador administrativo e três agentes comunitários com cursos de especialização em dependência química. Sendo que pelo menos um funcionário deve permanecer no período noturno. Atualmente na normatização que está em vigor (RDC nº29) a única especificação é de um profissional técnico, não especificando se este deve ou não ser da área da saúde.

Resolução. Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes não devem conter travas ou chaves.

- Processos Operacionais Assistenciais: todo o residente deve ter recebido um diagnóstico prévio, e este deverá estar identificado na ficha individual do residente. Se a instituição não tiver profissional de saúde capacitado para receber casos que venham a necessitar desse suporte, fica vedado à Comunidade Terapêutica receber este paciente. A responsabilidade do controle dos medicamentos destinados aos pacientes, sempre com prescrição médica, é do técnico. As instituições, no processo de admissão, devem demonstrar respeito ao indivíduo e sua família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira. Devem explicitar suas regras, incluindo a comunicação e visita de familiares e amigos, rotinas e tempo máximo de residência na Comunidade Terapêutica. Devem deixar claro que a permanência é voluntária e há possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento (há exceções quando há risco à vida própria ou a de terceiros).

- Durante a permanência do paciente, a instituição deve se responsabilizar: pelo cuidado físico e psíquico da pessoa; por prover alimentação nutritiva; por cuidados com higiene e alojamentos adequados; por garantir os direitos plenos do cidadão – direito à educação, condições dignas de trabalho, previdência social, escolha de credo ou ausência do mesmo, orientação sexual, assistência digna à saúde, acesso à cultura e lazer (CARTILHA DOS DIREITOS DO CIDADÃO, 2011). É proibida a punição de qualquer maneira, seja física psíquica ou moral. As Instituições devem definir claramente critérios referentes a altas terapêuticas, altas a pedido (por desistência), desligamento por caso judicial e fuga.

Perrone (2014) se dedica a explicar se o modelo das Comunidades Terapêuticas (definido a partir da construção teórica de Maxwell Jones, 1972, Fracasso, 2001, De Leon, 2003 e da RDC nº29) corresponde às bases conceituais e metodológicas da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para isso ele enumera e define 13 conceitos que fazem parte da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial em nosso país e os aplica ao universo da Comunidade Terapêutica.

O movimento propõe (1) desospitalização da população cronicada (atender o paciente fora do ambiente hospitalar), assim como sua (2) desinstitucionalização (eliminação de consequências institucionais – miséria, violência, isolamento, falta de dignidade etc). Portanto o atendimento do paciente se dá fora do modelo hospitalar, através de uma (3) rede de serviços variada e qualificada (Centros de Atendimento Psicossociais – CAPS -, residências terapêuticas, consultórios de rua, etc), em que, é importante pontuar, esse tipo de atenção não exclui a possibilidade de internação; ela pode acontecer, desde de que leve o paciente à alta e seja de (4) curta duração, logicamente não excluindo o acompanhamento posterior (PERRONE, 2014).

Nota-se que os quatro conceitos explicitados acima caminham em busca da (5) superação do paradigma da clínica, direcionando o profissional da saúde a tratar o doente (e não a doença) num ambiente social. Outro aspecto refere-se à equipe: é a (6) horizontalização das relações entre profissionais e pacientes, propondo maior participação de ambos no tratamento. Assim, todos são capazes de serem gestores do tratamento, não só os profissionais, mas também os pacientes e seus familiares, ou seja, estabelecesse-se uma forma de (7) controle social compartilhado (Perrone, 2014).

O caminho do tratamento se dá em busca da (8) reapropriação da identidade do paciente. Em função disto, não se pode massificar o tratamento, mas sim (9) singularizar o atendimento ao doente mental de acordo com suas próprias demandas e características.

A (10) ressocialização (regresso do indivíduo à sociedade e sua família) deve ser planejada, de acordo com suas possibilidades, e acompanhada. Pode-se observar que a noção de saúde muda; ela é ampliada e não trabalha exclusivamente com a retirada dos sintomas, mas sim na (11) ampliação da noção de saúde e melhora da qualidade de vida – sempre contando com a (12) participação dos familiares tanto nas questões políticas do movimento antimanicomial, quanto no próprio tratamento. Este (13) modelo psicossocial mostra que o indivíduo não é passível de dissociação entre as suas características socioculturais e sua condição de saúde mental e, portanto, diverge do modelo médico que dicotomiza sujeito-objeto (Perrone, 2014).

Perrone (2014) defende que o modelo de Comunidade Terapêutica para o tratamento do usuário de drogas, teoricamente, combina com os conceitos destacados acima, divergindo apenas de dois (Desospitalização e Tratamento de curta duração). Porém, a partir dos resultados de vistorias realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) dispostos no *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, na prática, esse modelo se perde e o que é pior, chega a ser comparado com instituições asilares manicomiais. Assim, como explicita Perrone (2014, p. 578).

“De fato, uma boa parte das CT (Comunidades Terapêuticas) do Brasil possui práticas tão desumanas e iatrogênicas quanto às das antigas instituições asilares manicomiais, sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos”.

O *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, foi realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em setembro de 2011. Após a 1ª Inspeção em unidades psiquiátricas (2006) e a 3ª Inspeção

em instituições de longa permanência de idosos (2007), o CFP optou por conhecer a realidade de instituições que acolhem usuários de drogas por todo o Brasil.

Essa decisão foi tomada a partir de inúmeras denúncias de maus tratos e abuso de poder encaminhadas ao Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos da Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial. A inspeção ocorreu em 68 unidades e foi realizada por 20 (de 23) Conselhos Regionais de Psicologia. Para a realização da tarefa, cada conselho convidou parceiros locais que atuam na defesa dos direitos humanos. Foram cerca de 200 pessoas envolvidas neste trabalho. A inspeção foi realizada em 25 Unidades Federativas do Brasil: uma instituição no Paraná (PR), Espírito Santo (ES), Distrito Federal (DF), Bahia (BA), Piauí (PI), Maranhão (MA), Rio Grande do Norte (RN), Pará (PA), e Rondônia (RO); duas instituições em São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Alagoas (AL), Ceará (CE) e Roraima (RR); três instituições no Rio Grande do Sul (RS), Mato Grosso do Sul (MS), Pernambuco (PE) e Acre (AC); quatro instituições em Sergipe (SE) e Paraíba (PB); cinco instituições em Goiás (GO) e Mato Grosso (MT); seis instituições no Amazonas (AM) e Santa Catarina (SC); e sete instituições em Minas Gerais (MG).

Este trabalho teve como objetivo intervir e qualificar o debate sobre o tema das drogas e alimentar as propostas que orientam a construção de políticas públicas. Além disso, a vistoria pretendeu identificar a ocorrência de violação dos direitos humanos CFP (2011).

Os dados recorrentes das vistorias realizadas foram dispostos pelo CFP no *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação*, e organizados em itens: parceiros da vistoria (quem contribuiu com o Conselho Regional de Psicologia que realizou a vistoria), nome da comunidade, capacidade de residentes, número de residentes, sexo e faixa etária do público que é atendido, localização da instituição, mantenedor/financiados da instituição, proposta de cuidado, equipe da

instituição e recomendações para que sejam apuradas as possíveis irregularidades apontadas na proposta de cuidado.

Os dados obtidos pelas vistorias levaram o CFP (2011) a concluir que todas as instituições violam os direitos humanos dos residentes. Estes abusos envolvem: interceptação de correspondência, violência física e psicológica, violação dos direitos do cidadão, revista vexatória de familiares, estrutura física precária, entre outros.

O CFP (2011) constatou também que instituições como essas têm pouca ou nenhuma regulamentação, se encontram em locais praticamente inacessíveis e são de cunho religioso o que, aparentemente, normaliza as práticas confessionais e punitivas que culpabilizam o sujeito. Fatores como localização inacessível e religiosidade impediriam essas instituições de fazerem parte de políticas públicas, pois o acesso ao serviço público é direito do cidadão e a laicidade do Estado se diverge dos preceitos destas instituições.

Em resumo, nota-se na descrição das práticas de cada instituição inspecionada violação aos direitos humanos, seja de forma sutil ou acintosa. Perrone (2014) utiliza os dados obtidos a partir dessas vistorias para sustentar a hipótese de que, na prática, o modelo das Comunidades Terapêuticas mais se afasta do que se aproxima dos conceitos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Além disso, o autor (Perrone, 2014) defende que para que Comunidades Terapêuticas tenham prática semelhante aos objetivos da Reforma Psiquiátrica e dos conceitos propostos por Jones (1972, 1984), Fracasso (2001) e De Leon (2003) a fiscalização das mesmas – de acordo com as normas dispostas na Resolução RDC nº 29 – precisam acontecer de maneira efetiva.

Visto que Perrone (2014) coloca que o cumprimento das normas da Resolução RDC nº 29 seria fundamental para a aproximação das Comunidades Terapêuticas atuais com a proposta idealizada por Jones (1972, 1984), Fracasso (2001) e De Leon (2003)

deste tratamento, este trabalho irá analisar quais normas da Resolução RDC nº29 de fato são cumpridas a partir dos dados das vistorias realizadas pelo CFP (2011).

Além de indicar uma forma de análise de material documental – cotejamento com políticas públicas da área da saúde – o objetivo da pesquisa foi identificar as práticas coercitivas das Comunidades Terapêuticas, a partir do *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* com o intuito de discutir como a Análise do Comportamento pode contribuir para o debate do tratamento do usuário dependente de droga via internação.

2. MÉTODO

A análise do *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* foi dividida em 4 seções: Seleção de Comunidades Terapêuticas que foram analisadas, Análise de características gerais, Análise do cumprimento das normas dispostas na RDC nº 29 e Identificação de práticas coercitivas e de seus subprodutos.

2.1 Seleção de Comunidades Terapêuticas analisadas

A vistoria em locais de tratamento para usuários de drogas realizada pelo CFP em 2011 não se limitou a visitar somente Comunidades Terapêuticas, mas também hospitais e clínicas que dispunham deste tipo de serviço. Optou-se, assim, por analisar somente as instituições cadastradas no Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil, que tem sua realização em andamento, sob organização da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD)³.

As Comunidades terapêuticas foram selecionadas a partir de uma planilha disponibilizada pela SENAD⁴ até o dia 20 de março de 2014⁵. A partir da função “localizar” disposta pelo programa Excel, os nomes completos das instituições do *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para*

³ No site do Censo das Comunidades Terapêuticas do Brasil (<http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>) não está destacado qual a data do final do cadastramento.

⁴ Planilha disponibilizada através do link: <http://www.mapa-ct.ufrgs.br/> clicando no botão “funções”, seguido do botão “listagem completa de instituições”.

⁵ Data de início da análise. Outra solicitação da planilha de Comunidades Terapêuticas cadastradas no Censo também foi feita no dia 26 de maio de 2014, os dados contidos nesta planilha mostravam que mais nenhuma instituição efetuou o cadastro, permanecendo com um total de 1847 instituições. Esse dado garante a este trabalho que o cadastramento das Comunidades Terapêuticas do Brasil já está esgotado.

usuários de drogas eram digitados e somente foram analisadas instituições com nome, estado e cidade idênticos no documento escolhido e na planilha do Censo das Comunidades Terapêuticas do Brasil.

2.2 Análise de características gerais

Após a seleção de Comunidades Terapêuticas a serem analisadas foi feita uma caracterização das instituições a partir das seguintes categorias: (1) Estado, (2) Área, (3) Sexo, (4) Atendimento a menores de 18 anos, (5) Lotação, (6) Profissional da Saúde, (7) Cunho Religioso e (8) Financiamento.

Tabela 1 - Item destacado pelo CFP (2011) referente a cada categoria criada para análise.

Categoria	Item destacado pelo CFP (2011)
Estado	Localização
Área	Localização
Sexo	Sexo
Atendimento a menores de 18 anos	Faixa Etária
Lotação	Capacidade e Número de Internos
Profissional da Saúde	Equipe
Cunho Religioso	Proposta de Cuidado
Financiamento	Mantenedora/ Financiamento

A Tabela 1 mostra a que item do *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* cada categoria de análise se refere e foram definidas do seguinte modo:

- Estado: unidade da federação a que a Comunidade Terapêutica pertence;
- Área: este critério está subdividido em duas características - rural ou urbana; e de fácil ou difícil acesso.
- Sexo: refere-se ao público-alvo, que pode ser composto exclusivamente de homens ou mulheres ou mista;
- Atendimento a menores de 18 anos: descreve-se se a instituição aceita ou não menores de idade para realizarem tratamento.
- Profissionais da saúde: A análise de que profissionais de saúde (psicólogos e médicos) estão presentes nas Comunidades Terapêuticas é referente ao item Equipe do documento. No item Proposta de Cuidado o CFP (2011) disponibiliza se a instituição é de Cunho Religioso e no item Mantenedora/Financiamento o documento disponibiliza dados para a categoria Financiamento.

2.3 Análise do cumprimento das normas dispostas na RDC nº 29

A partir da Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, também foram criadas categorias de análise contendo critérios que as instituições deveriam cumprir. No período que aconteceram as vistorias (setembro de 2011) esta resolução ainda estava em período de adaptação, que durou até 30 de junho de 2012. Assim, optou-se por analisar somente

os critérios que estavam também dispostos na RDC nº 101, de 31 de maio de 2001, que obrigaria a todas as Comunidades Terapêuticas a cumprir. Dessa forma, a partir destes critérios foi possível garantir a análise, pois os mesmos estavam contemplados em ambas as resoluções.

A Tabela 2 evidencia as categorias analisadas e sua pertinência à legislação anterior e nova.

Tabela 2 - Categorias de critérios analisados nas Comunidades Terapêuticas selecionadas e seus artigos e itens correspondentes na RDC nº 29 e na RDC nº 101.

Categoria	RDC nº 29 (2011)	RDC nº 101 (2001)
Presença de licença autorizada	Art. 3º	Art. 2º
Responsável técnico com nível superior	Art. 5º e 6º	Anexo – tópico 2.2
Ficha individual com dados dos residentes (com livre acesso para internos)	Art. 7º	Anexo – tópico 3
Encaminhamentos de questões de saúde	Art. 8º	Anexo – tópico 4.1
Condições da instalação	Art. 11, 12 e 20	Anexo – tópico 4.1 e 6.4
Condições de água e comida	Art. 13 e 20	Anexo – tópico 4.1
Acessibilidade para pessoas com necessidades especiais	§2º	Anexo – tópico 4.1
Avaliação diagnóstica inicial	Art. 16	Anexo – tópico 3
Responsável pela medicação	Art. 17	Anexo – tópico 4.1
Tempo de permanência	Art. 18	Anexo – tópico 4.2
Orientações sobre norma e rotina para a família	Art. 19	Anexo – tópico 4.1
Sigilo das informações do residente	Art. 19	Anexo – tópico 4.1
Ambiente livre de drogas e violência	Art. 20	Anexo – tópico 4.1
Há critérios para a alta terapêutica	Art. 21	Anexo – tópico 4.3
Respeito a etnia, religião, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira	Art. 19	Anexo – tópico 4.1
Permanência voluntária	Art. 19	Anexo – tópico 4.1
Possibilidade de interrupção do tratamento	Art. 19	Anexo – tópico 4.1
Uso de trancas	Art. 15	Anexo – tópico 6.5
Direito à cidadania	Art. 20	Anexo – tópico 4.1
Atitudes frente a casos de evasão, desistência ou desligamento	Art. 21	Anexo – tópico 4.3
Há castigos físicos, psicológicos ou morais	Art. 20	Anexo – tópico 4.1

A Tabela 2 refere-se a que artigo ou item das Resoluções RDC nº29 e RDC nº 101 cada categoria corresponde. A primeira coluna refere-se a categoria de análise, a segunda ao item correspondente na Resolução de RDC nº29 e a terceira coluna contém o item correspondente na Resolução RDC nº 101. Esta tabela mostra que mesmo que em período de adaptação da RDC nº29, todas as instituições deveriam cumprir as normas referentes a cada uma das categorias.

2.4 Identificação de práticas coercitivas e de seus subprodutos

Nesta seção de análise, identificou-se as práticas coercitivas a partir dos conceitos discutidos por Sidman (1989). As variáveis analisadas foram: Reforçamento Positivo, Reforçamento Negativo, Punição Positiva, Punição Negativa, Punidores Condicionados, Fuga, Esquiva, Supressão Condicionada, Agressão e Contracontrole.

2.5 Banco de dados

Em uma planilha Excel (Anexo C) todas as categorias de características gerais, critérios de cumprimento da RDC nº 29, práticas coercitivas e subprodutos foram dispostos nesta ordem, sendo que, as categorias foram dispostas em colunas e as Comunidades Terapêuticas em linhas.

3. RESULTADOS

3.1 Seleção de Comunidades Terapêuticas que foram analisadas

O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas de 2011 foi produto de vistorias de 68 Comunidades Terapêuticas no Brasil, dentre essas somente algumas estão cadastradas no Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil até o dia 20 de março de 2014. Este trabalho analisou somente as instituições cadastradas no Censo.

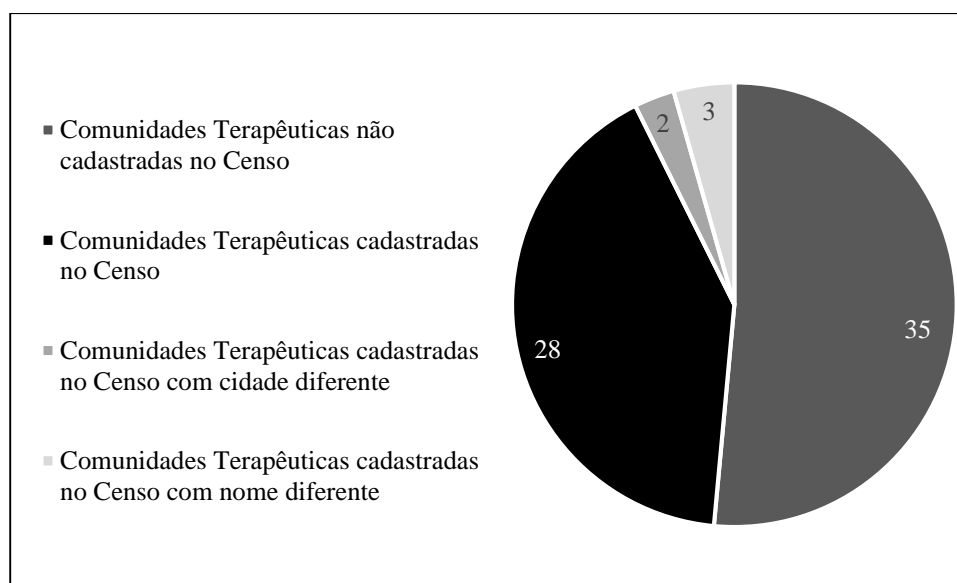


Figura 1. Número de instituições em casa situação de cadastro no Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil das instituições vistoriadas pelo CFP na 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (2011)

A Figura 1 nos mostra que 3 Comunidades Terapêuticas, das 68 vistoriadas pelo CFP em 2011 estavam cadastradas com o mesmo nome, porém, com a cidade diferente do que foi divulgado pelo CFP. Duas instituições estavam com a cidade correta, porém com

nome diferente do relatório, 28 estavam cadastradas com nome e cidade equivalente e 35 instituições não estavam cadastradas. A partir desta análise definiu-se que as 28 Comunidades Terapêuticas cadastradas com mesmo nome e mesma cidade seriam alvo desta pesquisa. As 28 Comunidades Terapêuticas selecionadas são um recorte das instituições vistoriadas e foram escolhidas para análise pois, apresentam mesmo nome, estado e cidade contidos no *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas*. Os dados das Comunidades Terapêuticas restantes foram desconsiderados pois, apresentaram discrepâncias de cadastro (diferentes nomes ou locais) ou não estavam cadastradas no Censo das Comunidades Terapêuticas do Brasil.

3.2 Análise de características gerais

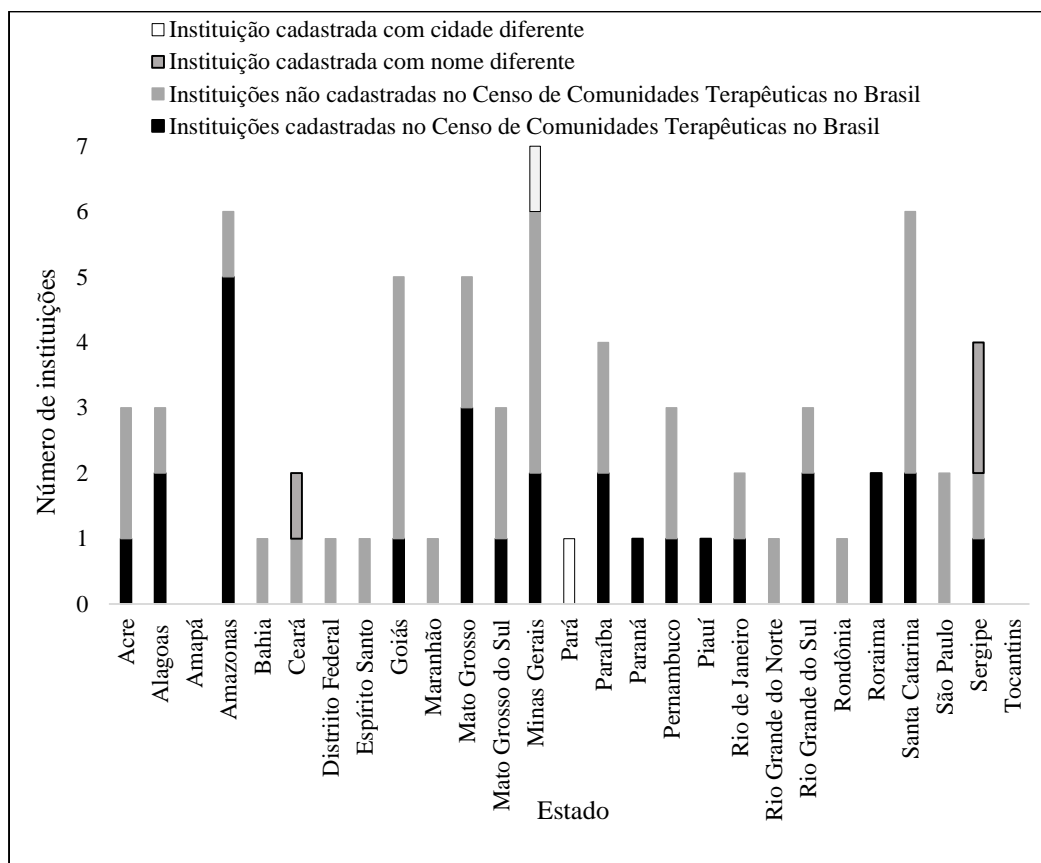


Figura 2. Número de instituições em cada situação de cadastro no Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil das instituições vistoriadas pelo CFP na *4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* (2011) em cada estado do Brasil.

Cada uma das barras da Figura 2 indica uma situação diferente das Instituições, em relação ao Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Para poder apresentar, também, o dado do Estado, as barras foram sobrepostas. Assim, as barras cinzas indicam o número de instituições não cadastradas e as barras pretas indicam as instituições que estão cadastradas; as barras brancas com contorno preto indicam instituição cadastrada com atribuição de cidade diferente, e as barras cinzas com contorno preto indicam instituições cadastradas com nome diferente. Somando a quantia representada por cada barra vemos o número de instituições vistoriadas pelo CFP (2011). Portanto iremos analisar uma instituição do Acre, duas do Alagoas, cinco do Amazonas, uma de Goiás, três do Mato Grosso, uma do Mato Grosso do Sul, duas de Minas Gerais, duas da Paraíba, uma do Pará, uma do Pernambuco, uma do Piauí, uma do Rio de Janeiro, duas do Rio Grande do Norte, duas de Roraima, duas de Santa Catarina e uma de Sergipe. A partir de agora os dados mostrados serão somente dessas instituições.

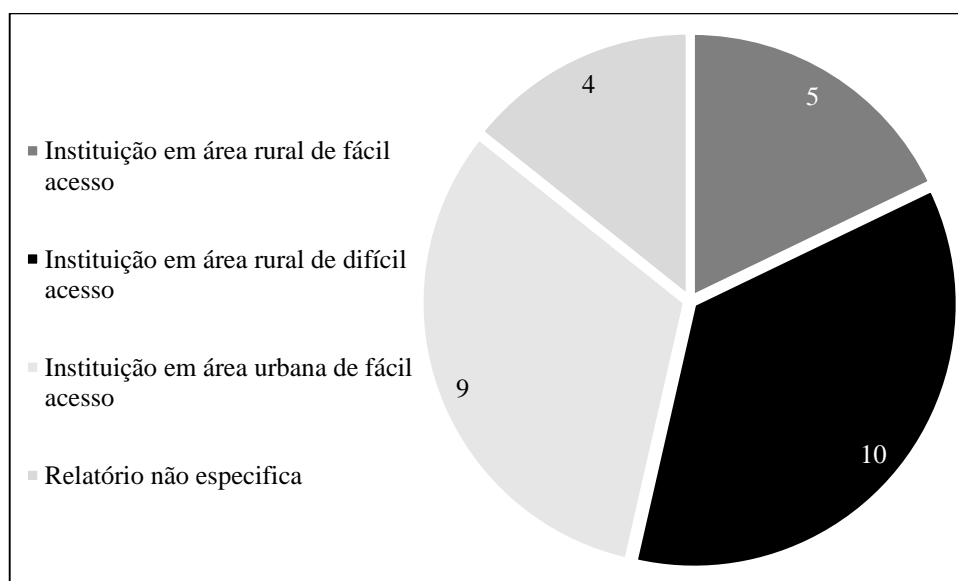


Figura 3. Número de instituições em cada área e acessibilidade das Comunidades Terapêuticas analisadas

A partir da Figura 3 vê-se que nove instituições se encontram em área urbana de fácil acesso, cinco em área rural de fácil acesso, dez em área rural de difícil acesso, quatro instituições não têm a área e a acessibilidade especificadas pelo CFP (2011). Nota-se que a maioria (50% + 1) das instituições analisadas se localiza em área rural (15 instituições), ainda que metade se encontre em região de fácil acesso.

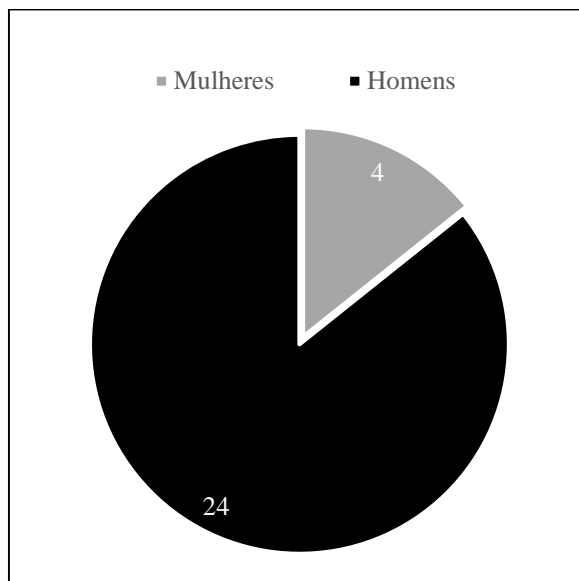


Figura 4. Número de instituições que tem como público alvo homens ou mulheres

A Figura 4 ilustra que 24 instituições destinam seu serviço somente para homens e quatro instituições são exclusivas para mulheres. Não se encontrou, dentre as instituições analisadas, serviço destinado a ambos os sexos, porém encontrou-se duas Comunidades Terapêuticas com a mesma instituição mantenedora, parte do nome semelhante, localizadas na mesma cidade em área rural de difícil acesso, que atendem em uma instituição homens e em outra mulheres, são elas: Fazenda Menina dos Olhos – CRETA II (atende mulheres) e Fazenda Gênese – CRETA I (atende homens), ambas mantidas pela ONG CRETA (Centro Especializado em Recuperação de Toxicômanos e Alcoolistas) e localizadas na cidade de Paulo Lopes em Santa Catarina.

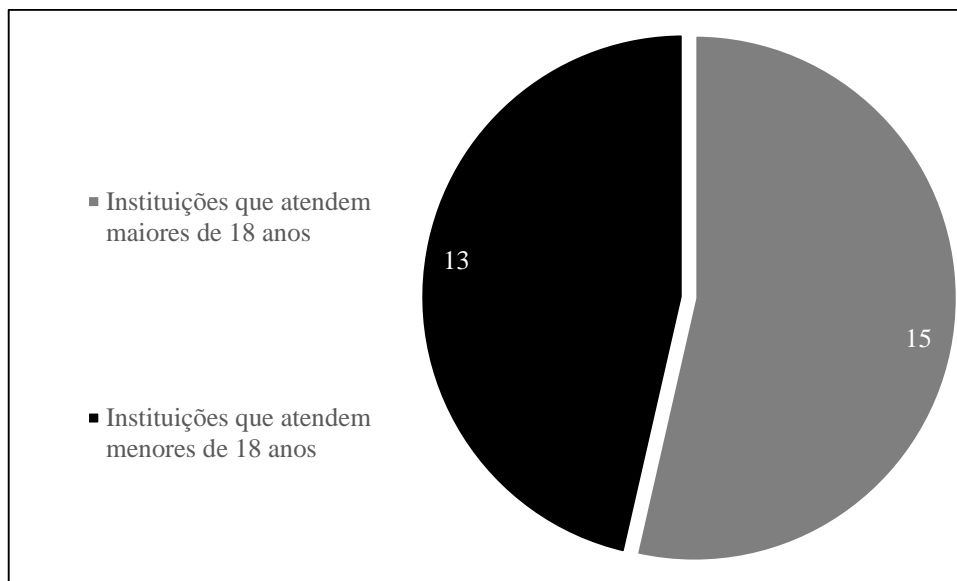


Figura 5. Número de instituições que atendem menores de 18 anos ou não atendem menores de 18 anos

A faixa etária dos usuários destas instituições é bastante variada, ora o CFP (2011) parece relatar a faixa etária atual dos usuários internados, como por exemplo o Lar Cristão – Ala Feminina (Cuiabá - Mato Grosso), onde a faixa etária descrita é de 36 a 55 anos, ora parece descrever a faixa etária que a Comunidade Terapêutica pode receber, como por exemplo a Comunidade Terapêutica Bethesda Casa de Misericórdia (Itaporanga d’Ajuda - Sergipe) que recebe pessoas a partir de 16 anos. Portanto, optou-se por analisar quais instituições recebem menores de idade e quais não recebem (ou não constava a presença de usuários menores de 18 anos no momento da vistoria). A Figura 5 mostra que 13 instituições não recebem menores de idade, ou que no momento da vistoria não havia menores de idade internados, e 15 instituições recebem indivíduos menores de 18 anos para internação. Damos ênfase especial para a Comunidade Terapêutica Nova Jericó (Marechal Deodoro – Alagoas) que realiza internações para pessoas a cima de 12 anos, porém só recebe indivíduos entre 12 e 18 anos com ordem judicial.

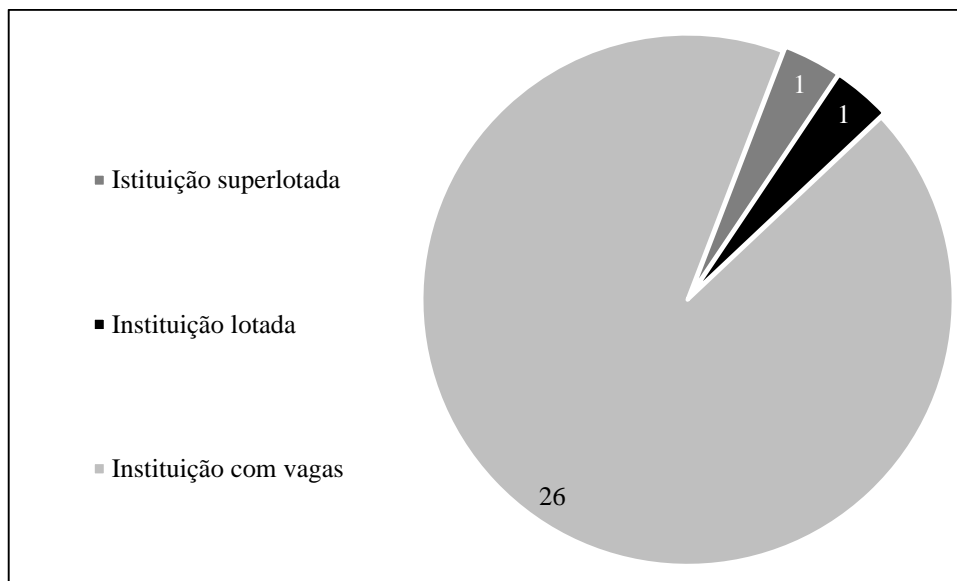


Figura 6. Número de instituições em cada situação de lotação

A Figura 6 nos mostra que somente uma instituição tinha mais usuários internados do que vagas possíveis, portanto estava superlotada, uma instituição estava lotada, ou seja tinha mesmo número de pessoas internadas e vagas possíveis e 26 tinham vagas sobressalentes.

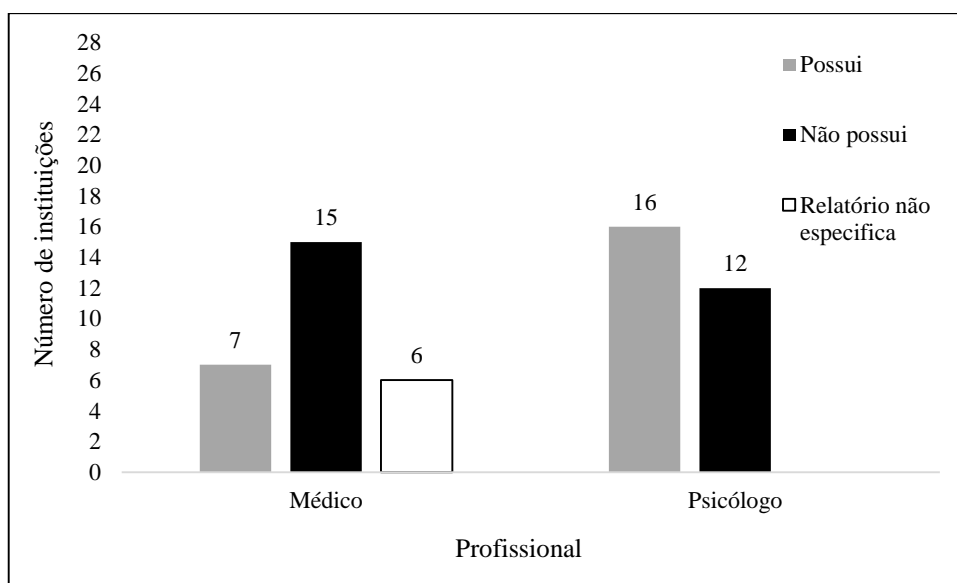


Figura 7. Número de instituições que possuem ou não profissionais da saúde (médico e psicólogo)

A Figura 7 sinaliza o número de instituições que possuem médicos (barra preta) e psicólogos (barra cinza); a barra branca sinaliza o número de instituições em que a presença ou não do profissional não é especificada pelo CFP (2011). Nota-se que a maioria das instituições não possui médicos em seu corpo regular de funcionários (15 instituições), porém quando se analisa o número de instituições com psicólogos (16 instituições) percebe-se que é superior às instituições sem este profissional (12 instituições).

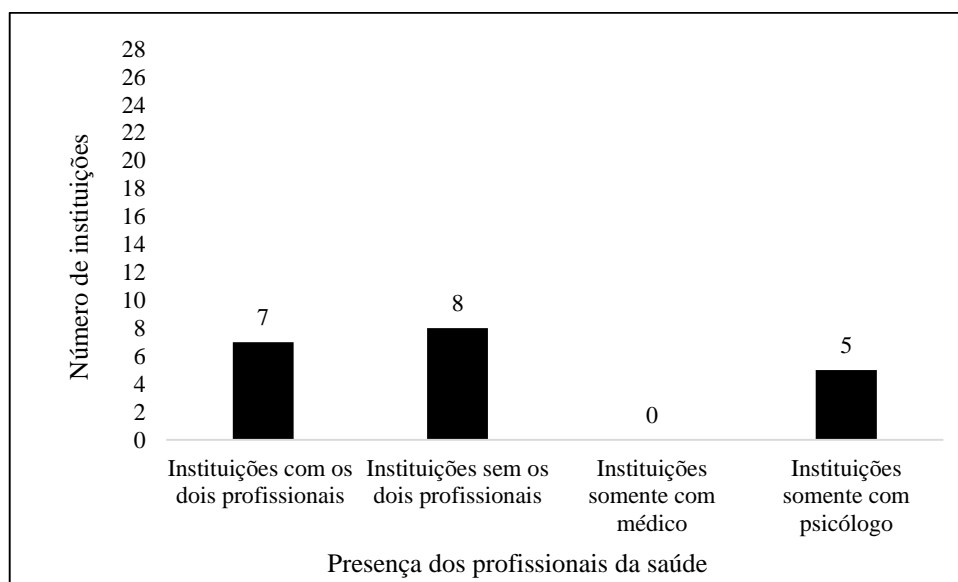


Figura 8. Número de instituições que possuem médicos e psicólogos, que não possuem nenhum profissional da saúde, que possuem somente médicos e que possuem somente psicólogos

Acompanhada da análise da Figura 7, a Figura 8 sinaliza que somente sete instituições têm o serviço dos dois profissionais, oito não tem o serviço desses profissionais disponível, nenhuma instituição tem somente médicos e cinco instituições contam somente com o serviço de psicólogo. A partir da Figura 7 e 8 podemos supor que o psicólogo tem se mostrado mais atuante neste tipo de instituição, visto que quando a

instituição dispõe de profissionais da saúde ela possui o serviço do médico e do psicólogo ou somente o serviço do psicólogo.

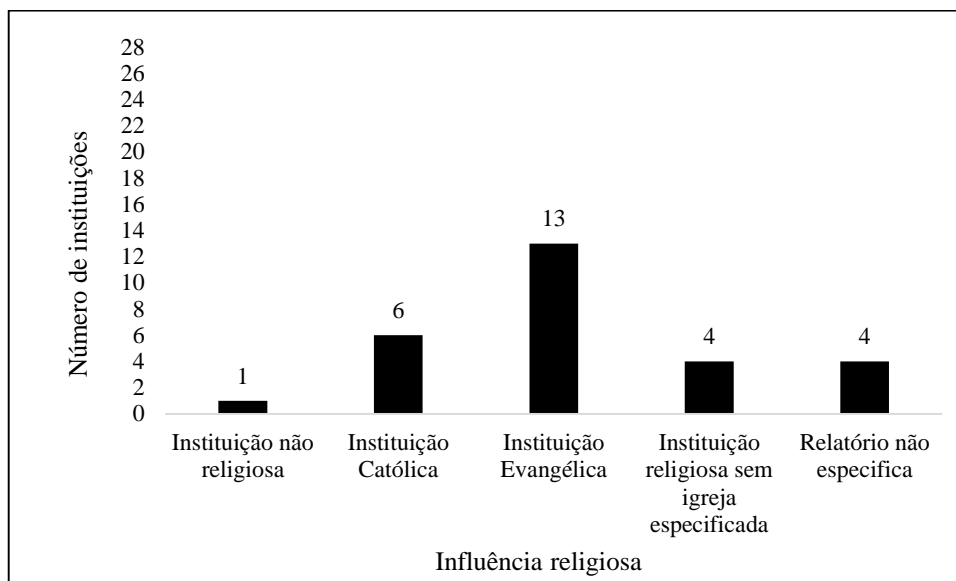


Figura 9. Número de instituições com cada influência religiosa

A Figura 9 apresenta o número de instituições de cada igreja. Observa-se que o CFP (2011) não especifica em seu documento a influência religiosa de quatro instituições, quatro instituições são influenciadas pela religião, mas não constatou-se qual, 13 instituições são evangélicas, seis são católicas e um se diz sem religião, esta porém, propõe estudos a partir da bíblia. Fica evidente o quanto essas instituições são influenciadas por igrejas de diversas denominações cristãs, visto que pelo menos 23 de 28 instituições são confessionais e baseadas em estudos a partir da bíblia, com destaque para a religião evangélica.

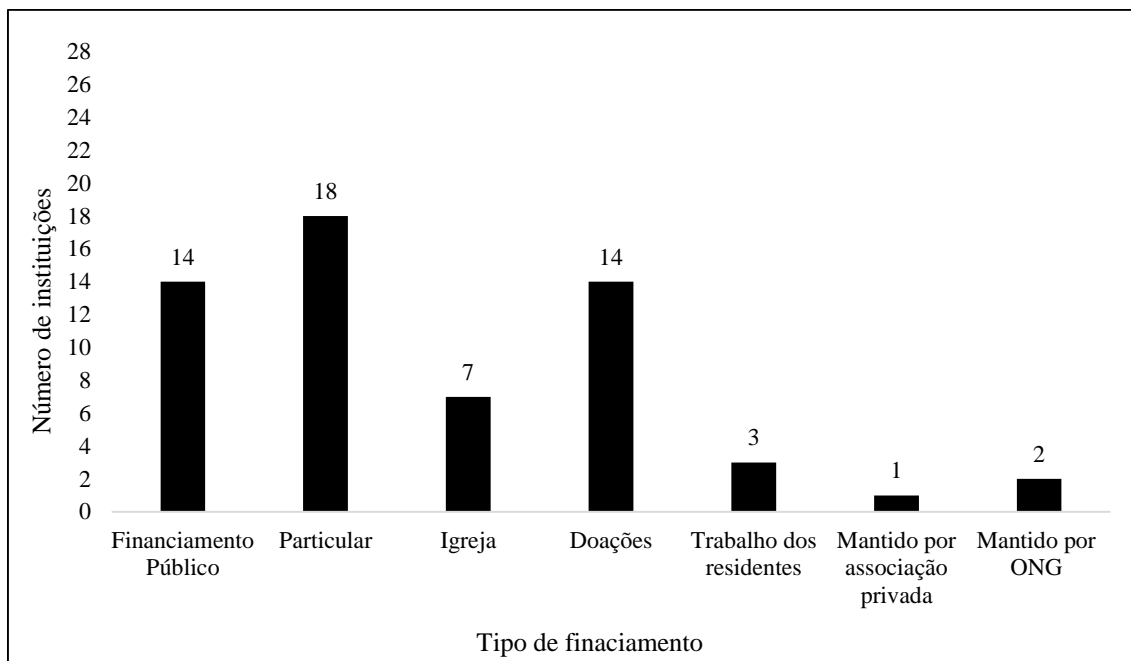


Figura 10. Número de instituições com diferentes tipos de financiamento

A Figura 10 refere-se ao tipo de financiamento que as instituições analisadas possuem/recebem. A partir deste gráfico vemos que o financiamento mais comum é de forma particular (18 instituições), ou seja, as famílias dos residentes pagam uma mensalidade para a instituição; logo após vemos o financiamento público (14 instituições), portanto, Secretarias de Saúde do Estado, Prefeitura, Secretaria de Assistência Social (SEAS), Vara de execuções e medidas educativas da Comarca, entre outros órgãos. Com o mesmo número vemos o financiamento via doações (14 instituições), portanto, doação de igreja, de terceiros e de empresas. Sete instituições são financiadas por Igrejas, duas por ONG e uma é mantida por associação privada. Em três delas utilizam-se a mão de obra do residente para se manter. Nota-se que a somatória de todas as barras da Figura 10 é superior ao número de instituições analisadas (28). Isso acontece pois, uma instituição pode ter mais de um tipo de financiamento (EX.: Particular e Igreja).

3.2 Análise do cumprimento das normas dispostas na RDC nº 29

Esta seção de resultados tem como objetivo analisar o cumprimento das normas destacadas pelo Ministério da Saúde na Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 nas Comunidades Terapêuticas selecionadas no *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas* realizado pelo CFP (2011). Como já dito, é importante constatar que a Resolução RDC nº 29 foi instituída no dia 30 de junho de 2011 e que as vistorias realizadas pelo CFP em 2011 foram feitas no mês de setembro. Logo a Resolução RDC nº 29 já estava em vigor, porém as instituições ainda estavam no prazo para adequações. Contudo, todos os critérios analisados também eram contemplados pela RDC nº 101 de 31 de maio de 2001, que esteve em vigor até a data de início da RDC nº 29. A partir deste ponto o trabalho descreverá a exigência da RDC nº 29, pois ela que estava em vigor no período da vistoria do CFP (2011).

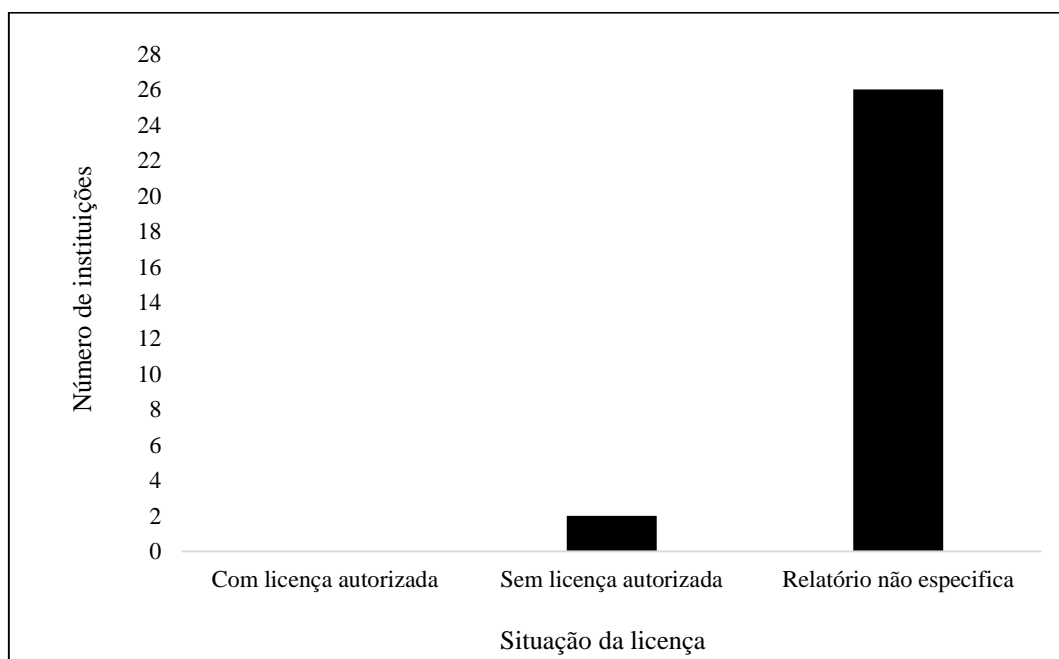


Figura 11. Número de instituições em cada situação de licença autorizada das Comunidades Terapêuticas no momento da vistoria do CFP (2011)

O Capítulo II da RDC n.29 refere-se à organização do serviço e na Seção I estão dispostas as condições organizacionais que as Comunidades Terapêuticas devem ter. O Artigo 3º descreve a obrigatoriedade de a instituição ter licença autorizada afixada em local visível. Segundo a Figura 11, que ilustra a situação da licença de cada instituição analisada, nota-se que duas instituições não a possuam, e a existência ou não da licença autorizada no restante das instituições não foi especificada pelo CFP (2011).

A Figura 12 demonstra quantas instituições seguem alguns dos diferentes critérios estabelecidos a partir da RDC nº 29. A barra preta demonstra as instituições na qual o CFP (2011) não especifica os dados sobre o cumprimento do critério ou não, a barra cinza ilustra as instituições que seguem o critério e a barra branca as que não seguem o critério. O primeiro deles é referente a obrigatoriedade de uma avaliação diagnóstica, definido pelo Artigo 16 da Resolução. Podemos perceber que o CFP (2011) explicita que somente uma instituição tem a prática de realizar esta avaliação; o restante não é especificado.

Também notamos que somente duas instituições registram dados dos residentes em fichas individuais (Parágrafo único do Artigo 21 da Resolução), três Comunidades Terapêuticas não realizam este tipo de registro e o restante não é especificado pelo CFP (2011). Somente uma das comunidades descreveu que os residentes podem ter acesso às suas próprias fichas, a Comunidade Terapêutica Amigos em Mútua Ajuda (AMA), em João Pessoa na Paraíba.

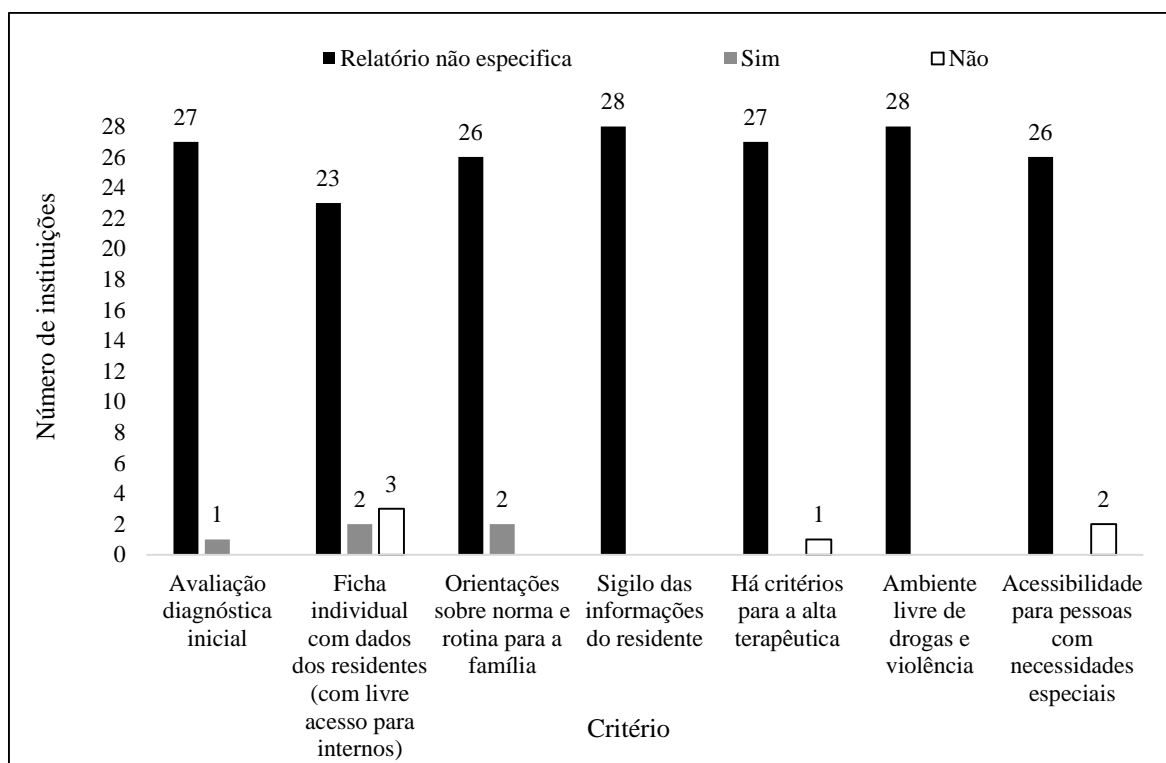


Figura 12. Número de Comunidades Terapêuticas que seguem ou não os critérios avaliados

O terceiro critério ilustrado pela Figura 12 é referente ao item II do Artigo 19 da RDC nº 29, no qual está disposta a obrigatoriedade de orientações ao usuário e sua família sobre normas e rotinas da instituição (normas sobre visitas, comunicação com familiares e amigos). Nota-se que somente duas instituições exercem esta prática, mas o documento não salienta se 26 instituições orientam o usuário/família e esses realizam sua concordância por escrito, quesito também obrigatório neste item.

O sigilo das informações do usuário é inserido no item V e VI do mesmo Artigo, portanto o anonimato do residente é obrigatório e a divulgação de informações do mesmo só pode ser feito sob autorização, por escrito, da pessoa ou responsável. Em nenhum momento esta categoria é especificada em nenhuma das 28 Comunidades Terapêuticas analisadas. Assim como a categoria Ambiente livre de drogas e violência

Considerando os dados apresentados na Figura 12, não foram encontradas informações relevantes quanto a alta terapêutica. Apenas uma instituição não definiu critérios para alta e o restante não foi especificado. Quanto à acessibilidade para pessoas com deficiência, só foi explicitado que duas instituições não são adaptadas.

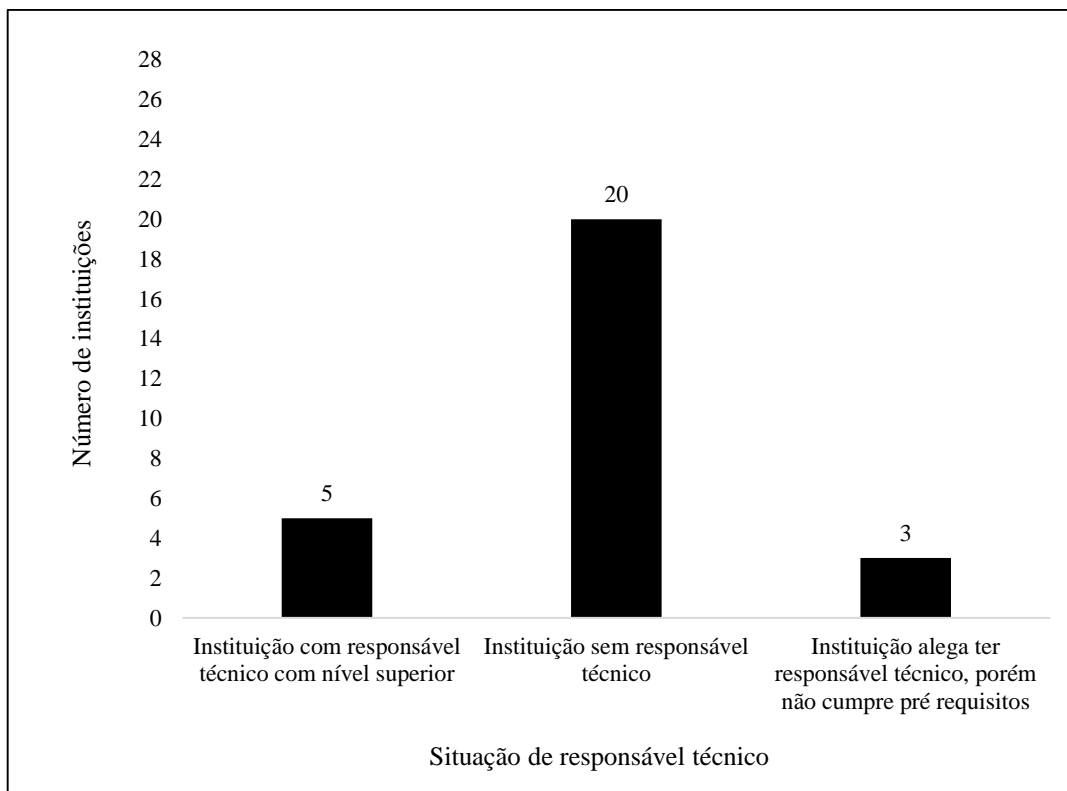


Figura 13. Número de instituições em cada situação de contratação de responsável técnico

Os Artigos 5º e 6º da Resolução definem que a instituição deve manter responsável técnico com nível superior⁶, legalmente habilitado, e um substituto para o contra turno, portanto, durante todo o período de funcionamento da instituição, o mesmo pode responder pelas questões operacionais da instituição. A Figura 13 ilustra a situação do cargo de responsável técnico nas Comunidades Terapêuticas analisadas. Sendo assim,

⁶ RDC nº 29 não especifica que tipo de formação.

pode-se notar que somente cinco afirmam ter este profissional atuando, mesmo assim o Relatório não especifica se é durante o período todo de funcionamento da instituição. Três instituições afirmam ter este funcionário, porém estes não cumprem os requisitos para ocupar esta função, pois, em duas instituições os responsáveis técnicos trabalham somente uma vez por semana e na outra instituição o responsável técnico não tem nível superior completo. Porém o dado que mais se destaca é que 20 instituições, ou seja, um número expressivo, não relata ter funcionário exercendo esta função.

O Artigo 17 da Resolução define que cabe ao responsável técnico a responsabilidade sobre os medicamentos em uso pelos residentes, além disso, o estoque e a administração de medicamentos sem prescrição estão vedados. Já vimos que a maioria das instituições analisadas ou não tem profissional para exercer esta função ou sua permanência no local pelo tempo necessário não é comprovada pelo CFP (2011).

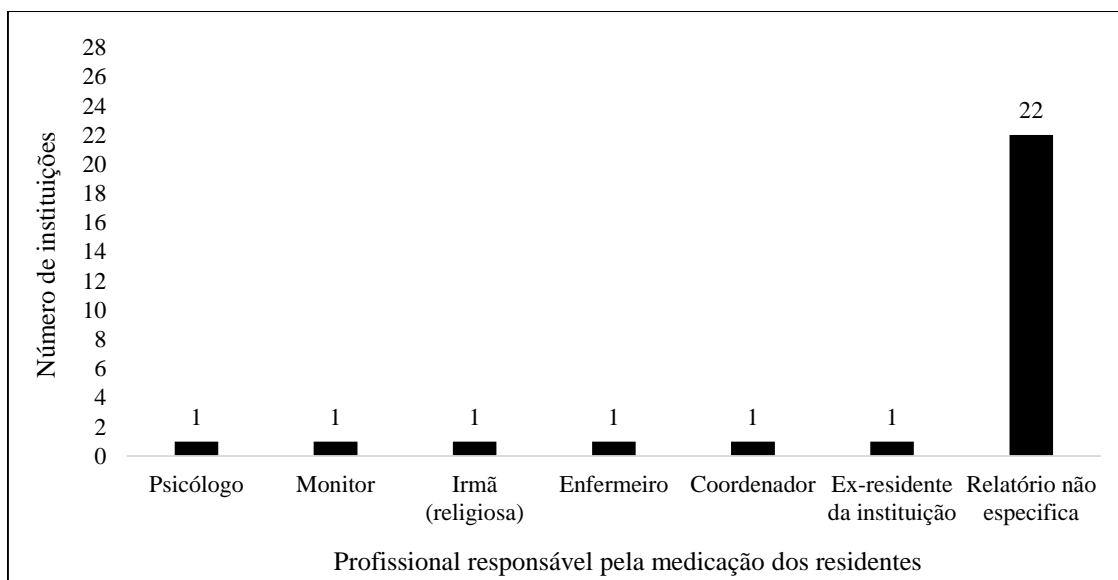


Figura 14. Número de Comunidades terapêuticas em que diferentes profissionais realizam o controle da medicação

A Figura 14, que parece corroborar os dados da Figura 13, apresenta os diferentes profissionais que realizam esta tarefa no lugar do responsável técnico. Nota-se que o CFP (2011) obteve esta informação somente em cinco instituições, e em cada uma um profissional diferente realizava esta tarefa: um psicólogo, um monitor, uma religiosa, um enfermeiro, um coordenador e também um ex-residente. É importante constatar também que na Comunidade Terapêutica em que a religiosa fazia o controle da medicação foi detectado administração de medicação pelos residentes sem prescrição, o que contraria completamente os procedimentos de saúde apropriados.

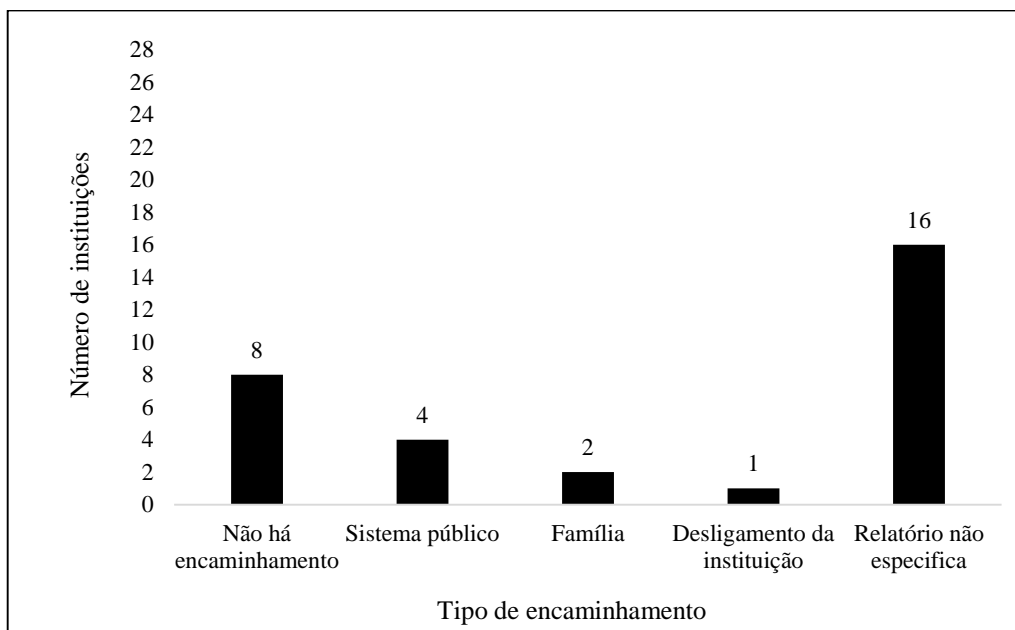


Figura 15. Número de Comunidades terapêuticas que realizam diferentes tipos de encaminhamento frente a intercorrências de saúde dos residentes

Ainda referente a instruções de cuidado com a saúde dos residentes o Artigo 8º da RDC nº 29 institui que as Comunidades Terapêuticas devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde para os que apresentarem intercorrências associadas ou não ao uso de drogas. A Figura 15 ilustra os tipos de encaminhamentos que as instituições analisadas adotam para questões de saúde. Ao analisar o gráfico vemos que a somatória

dos números de instituições em cada categoria é superior a 28, número de instituições analisadas, isso ocorreu porque duas instituições realizam mais de um tipo de encaminhamento (EX.: família e sistema público). Notamos que o CFP (2011) não especifica as ações referentes a esses encaminhamentos de 16 instituições, em um instituição o residente é desligado quando tem problemas de saúde, em dois a instituição recorre à família, quatro encaminham para o sistema público de saúde e oito não fazem nenhum tipo de encaminhamento.

Dentre as oito instituições que não realizam nenhum encaminhamento frente às intercorrências de saúde, três estavam com problemas aparentes: uma delas com infestação de piolhos, em outra os internos apareciam com hematomas e machucados evidentes pelo corpo e a última fazia uso indevido de medicação (citado acima).

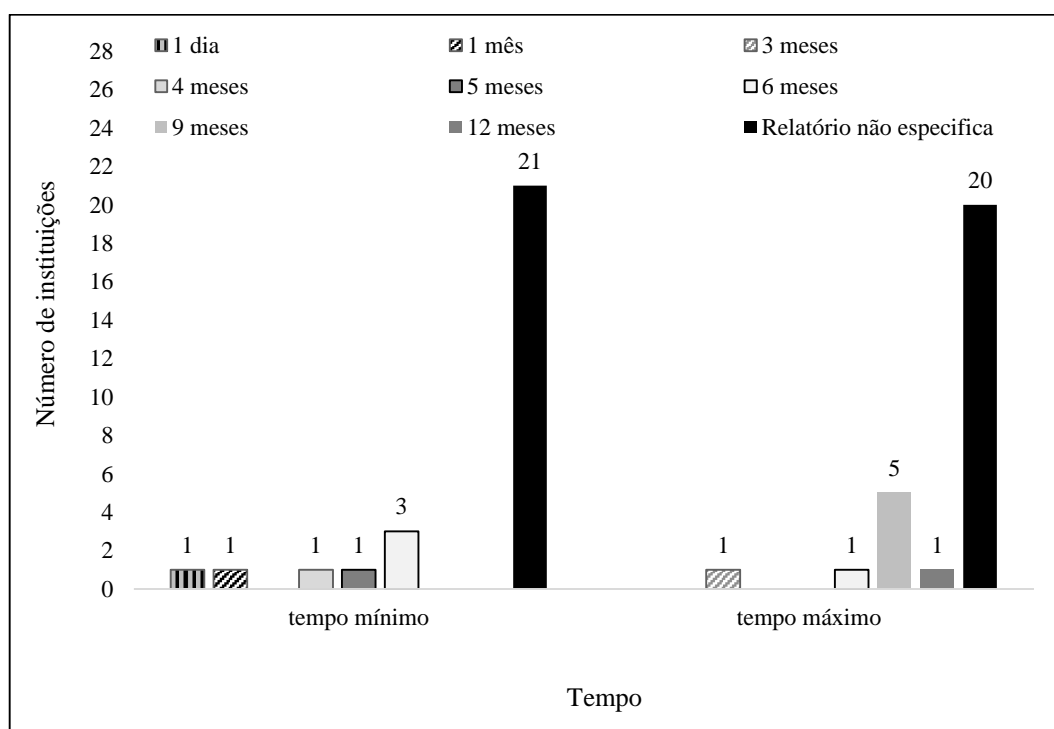


Figura 16. Número de Comunidades terapêuticas que especificam tempo mínimo e máximo de internação para os residentes

O Artigo 18 demonstra a obrigatoriedade de a instituição explicitar o tempo máximo de duração da internação. O Relatório do CFP (2011) revela que somente oito instituições indicam o tempo máximo de permanência. Um dado interessante é que, ainda que não normatizado, sete instituições apresentam um tempo mínimo de permanência, sendo que quatro instituições entre essas explicitam o tempo mínimo e o máximo. Talvez esta indicação seja mais a “propaganda” da instituição do que uma preocupação com a saúde do residente.

A Figura 16 mostra o tempo mínimo e máximo explicitados pelas instituições analisadas e percebe-se que não há especificidade sobre o tempo mínimo em 21 instituições e sobre o tempo máximo em 20. O tempo máximo de internação varia de três meses a 12 meses, com ênfase especial para cinco instituições que colocam nove meses como o limite de tempo para internação. O tempo mínimo varia de um dia a seis meses, dando ênfase a três instituições que seguem o mesmo critério, no mínimo seis meses de internação. Este dado nos mostra a inconstância de critérios entre Comunidade Terapêuticas, pois há instituições que tem como tempo máximo um número de meses menor que o tempo mínimo de outras.

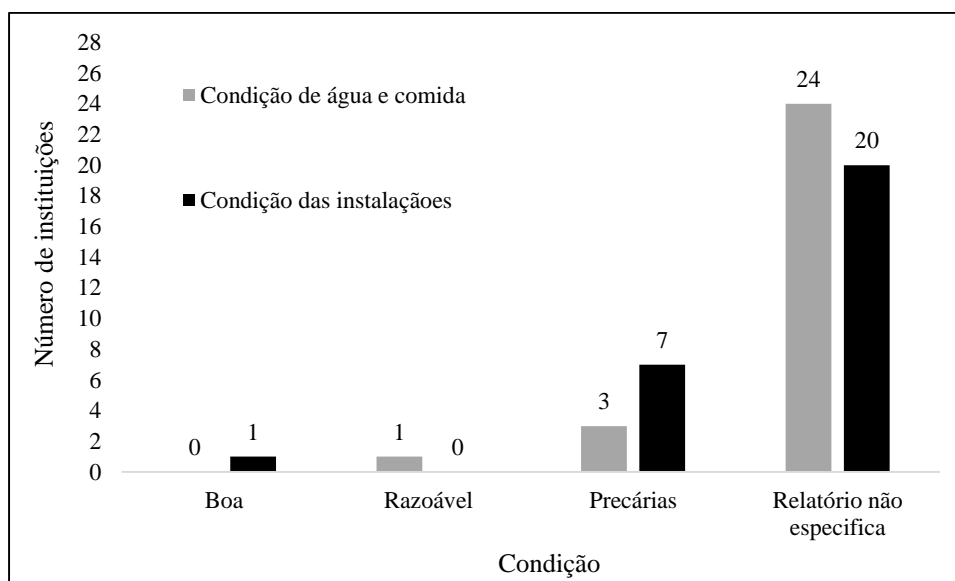


Figura 17. Número de Comunidades terapêuticas e suas condições de água, comida e instalações

A Figura 17 ilustra as condições de água e comida e de instalações das instituições analisadas. As barras cinzas referem-se a situação de água e comida das instituições; nota-se que o relatório não fornece dados de 24 instituições. Das instituições em que há o relato dos dados, três delas apresentam situação precária, dois por conta de procedimentos de armazenamento e congelamento de comida inadequado e um por manter panelas no chão e no momento da vistoria apresentar alimentos estragados. Uma instituição apresenta condição de água e comida razoável, mas não é explicitado o que isto significa. As barras pretas representam as condições das instalações. Para 20 instituições não há informações (CFP, 2011). Entre as oito identificadas, sete apresentam instalações em condições precárias (falta de extintores, condições indignas de acomodação e limpeza) e apenas uma tem instalações em boas condições.

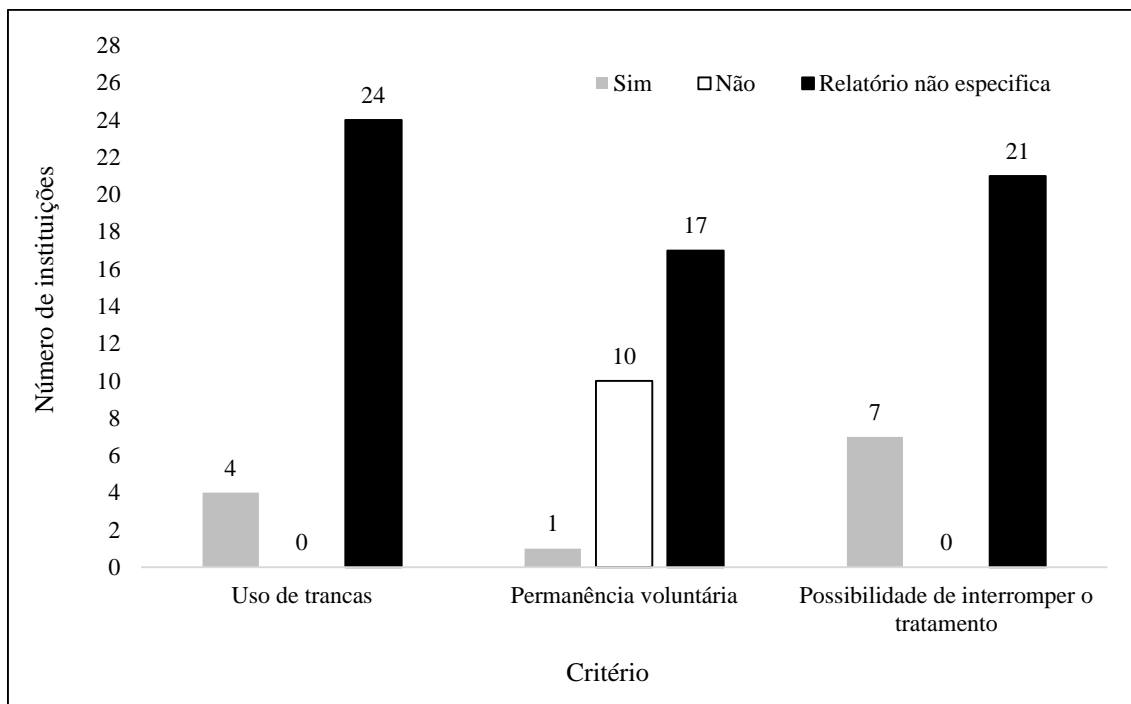


Figura 18. Número de Comunidades Terapêuticas que segue ou não os critérios de uso de trancas, permanência voluntária e possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento

O uso de trancas nas portas de ambientes de uso dos residentes é proibido pelo Artigo 15 e o Artigo 19 institui que as Comunidades Terapêuticas devem garantir permanência voluntária e possibilidade de interrupção a qualquer momento. A Figura 18 mostra o número de instituições que cumprem ou não estes critérios, ou os que não se apresentam informações no Relatório (CFP, 2011). As barras pretas ilustram as instituições em que o cumprimento ou não desses critérios não foi especificado. O CFP (2011) não especificou o uso de trancas em 24 instituições, a permanência voluntária em 17 e a possibilidade de interromper o tratamento em 21. Foi notado uso de trancas em quatro instituições, sendo uma delas constatado o uso de algemas. A permanência voluntária foi relatada em apenas uma instituição, a não possibilidade da permanência voluntária em dez instituições, sendo que todas essas aceitavam internação compulsória, portanto para estes casos este critério não se enquadra. Somente uma instituição evidenciou a garantia da permanência voluntária e sete instituições garantem a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento.

Quanto ao último critério analisado, algumas instituições relatam as estratégias usadas em caso de desistência: conversas com foco em convencer as pessoas a ficarem (quatro instituições); avaliação por monitores sobre se ela pode sair ou não e, em seguida, chamam a família (uma); no caso de internas que tiveram seus filhos na Comunidade Terapêutica a instituição ameaça de mandar filhos para lares adotivos (uma), e por fim, ao perceber que o residente irá pedir para interromper o tratamento a instituição inviabiliza a visita da família (uma). Somente uma instituição expõe sua atitude frente à ocorrência de fugas, em que relatam chamar a família e a polícia.

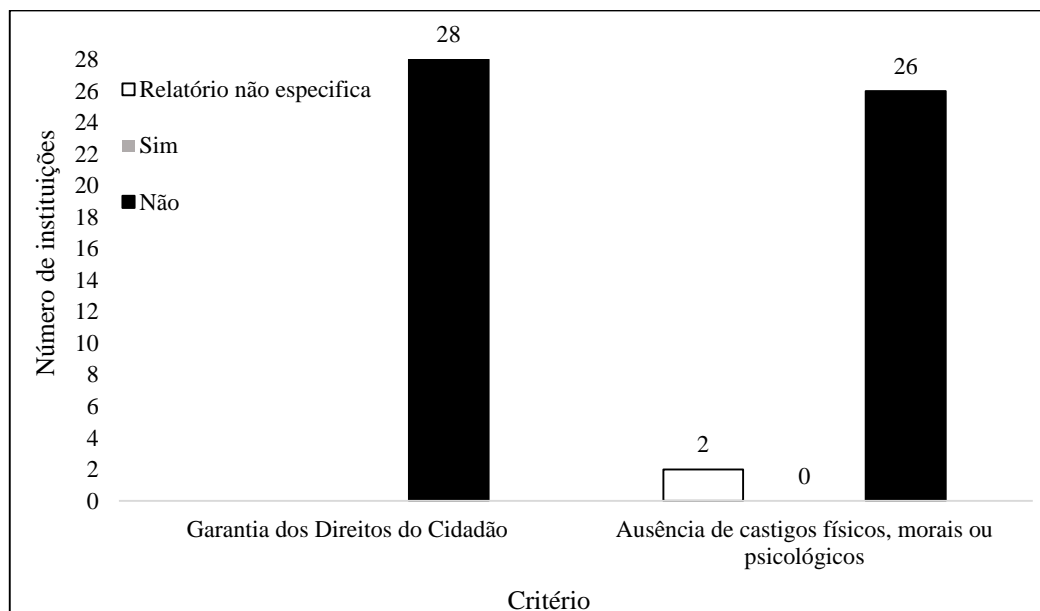


Figura 19. Número de Comunidades Terapêuticas que segue ou não os critérios de garantia dos direitos do cidadão e ausência de castigos físicos, morais ou psicológicos

O Artigo 19 e 20 preveem que o indivíduo não poderá ter seus direitos do cidadão infringidos no momento da admissão, nem da estadia, e nem pode sofrer castigos físicos, psíquicos ou morais. A Figura 19 nos mostra o número de instituições que respeitam estes critérios. A barra preta ilustra o número de instituições que não respeitam os critérios, a

barra cinza as instituições que respeitam estes critérios e a barra branca ilustra quando o CFP (2011) não especifica sobre este critério. Nota-se que todas as instituições deixam de garantir os direitos do cidadão a seus residentes, e 26 aplicam castigos físicos, morais ou psicológicos.

A Figura 20 aponta o número de instituições que deixam de garantir os direitos do cidadão relatados pelo CFP (2011). Os dados são os seguintes: 26 instituições não respeitam o que se considera trabalho digno, ou seja, residentes trabalham sem remuneração, ou quando são remunerados a instituição fica com este salário; 25 não respeitam a religião adotada pela pessoa ou a ausência dela e a obrigam a participar de atividades de cunho religioso; oito não respeitam a orientação sexual dos residentes homossexuais; 13 instituições negam o acesso à saúde (não encaminhando o usuário doente à rede de saúde); 11 negam o acesso à educação (não possibilitando a ida de menores de 18 anos à escola); uma nega o acesso à aposentadoria (tomando posse da aposentadoria do residente como forma de pagamento de mensalidade para o tratamento); e uma ao lazer (proibindo de ter acesso a qualquer tipo de entretenimento).

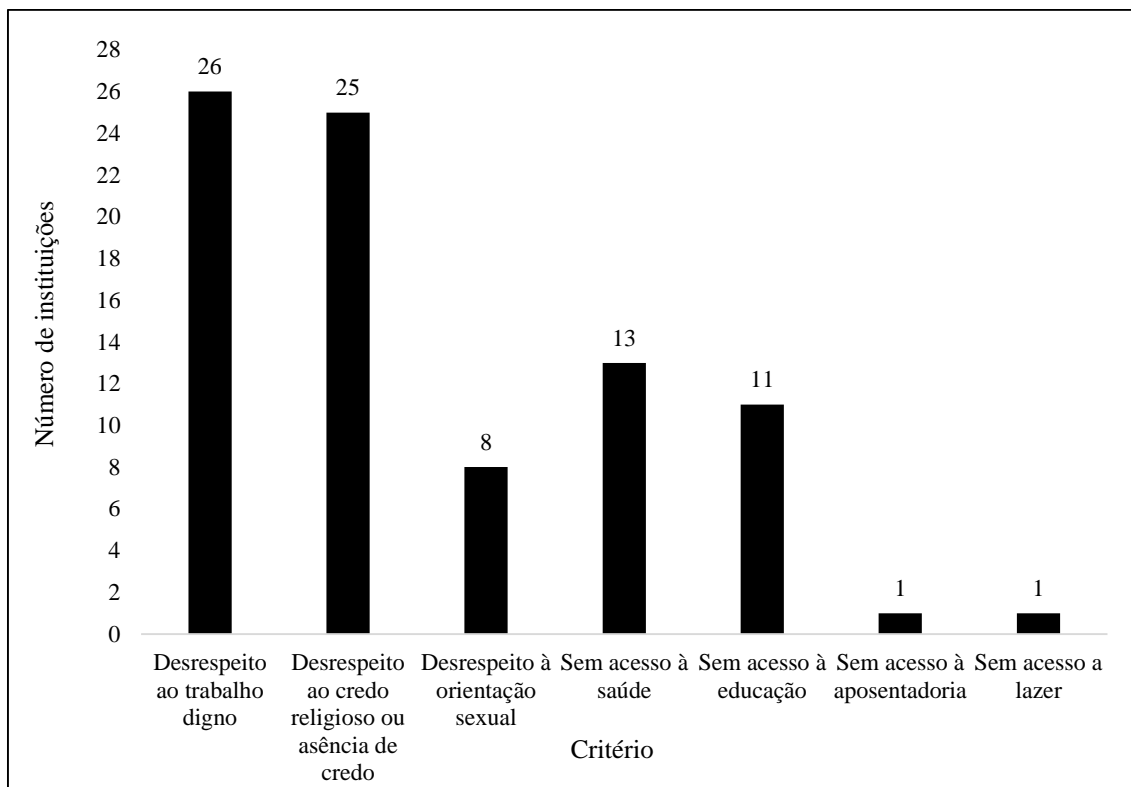


Figura 20. Número de Comunidades Terapêuticas desrespeita os seguintes direitos do cidadão: Trabalho digno, direito de escolha do credo ou ausência dele, direito de escolha a orientação sexual, direito de acesso à saúde, à educação, à aposentadoria e ao lazer

3.3 Identificação de práticas punitivas e de seus subprodutos

Apesar do Artigo 20 especificar a proibição de castigos físicos, psicológicos ou morais, 26 instituições, das 28 analisadas, sustentam a prática de punir. Esta seção tem a função de analisar as práticas punitivas especificadas e possíveis subprodutos das punições. A partir da análise verificou-se que o CFP (2011) relata quatro tipos de “situações coercitivas”, sendo elas práticas aversivas como forma de tratamento, situações de aversividade mal especificadas (como por exemplo a detecção de hematomas por violência), retirada de reforçadores positivos ao entrar na instituição, punição (positiva e negativa) por desobediência de normas.

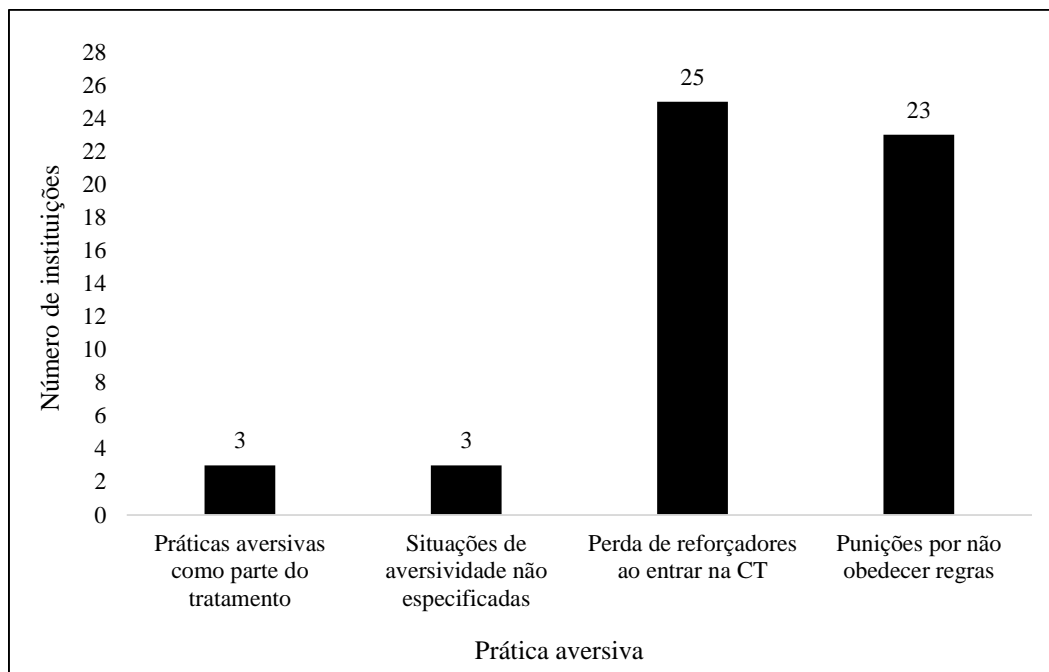


Figura 21. Número de Comunidades Terapêuticas que realizam práticas aversivas como parte do tratamento, envolvem situações de aversividade não especificadas, retiram reforçadores quando o usuário entra na CT e punições por não obedecer regras

A Figura 21 ilustra o número de instituições que realiza cada uma dessas práticas: três instituições realizam “práticas aversivas” como uma atividade obrigatória para o tratamento, três instituições realizam práticas aversivas, mas estas não são especificadas, 25 Comunidades Terapêuticas retiram reforçadores dos usuários no momento de sua entrada até sua saída e 23 instituições punem a má conduta, especificada por desobediência às regras.

Dentre as práticas aversivas como parte do tratamento estão: prática do “confronto” (duas instituições realizam), prática da “aprendizagem rápida” (uma instituição pratica) e prática de carregar um saco com pedra (uma instituição pratica). A prática do “confronto” consiste em confrontar o usuário, que fica sentado no centro da roda, “apontando suas falhas de caráter e problemas de personalidade” (CFP, 2011 p. 126), o usuário deve escutar calado e depois se “isolar” (das pessoas e das atividades). A prática da “aprendizagem rápida” consiste em acordar o residente de surpresa na madrugada e

colocá-lo para “trabalhar na enxada” (CFP, 2011 p. 67) das 4h às 6h sem intervalos nem descanso. A prática de carregar o saco com pedra consiste no residente carregar “uma pedra no saco dentro de um saco plástico como forma de reconhecimento de sua culpa” (CFP, 2011 p. 116).

A segunda barra da Figura 21 ilustra que o CFP (2011) relatou três situações aversivas, porém não as especificou; relataram haver “medidas punitivas frente a má conduta” e práticas de “humilhação” e “castigos físicos” mas não relataram como elas eram feitas.

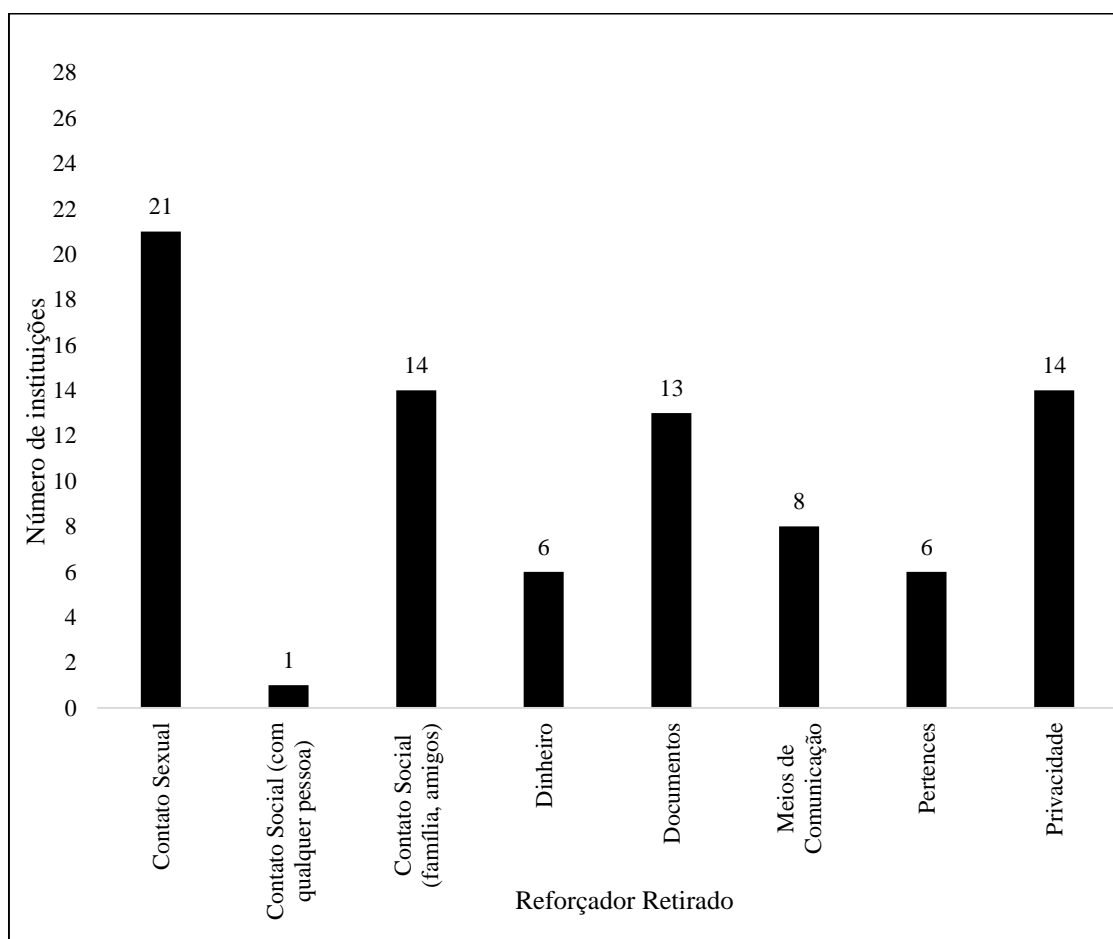


Figura 22. Número de Comunidades Terapêuticas que privam os residentes dos seguintes reforçadores: contato sexual, contato social (com qualquer pessoa), contato social (com família e amigos), dinheiro, documentos, meios de comunicação, pertences e privacidade

A terceira barra da Figura 21 mostra que 25 instituições privam o usuário de reforçadores positivos logo que esse dá início a sua estadia. A Figura 22 mostra quais desses reforçadores, em quantas instituições, os usuários ficam privados. Nota-se que o contato sexual é proibido, portanto impedido para os residentes em 21 instituições; o contato social com qualquer pessoa, inclusive pessoas de dentro da instituição é proibido em uma instituição; o contato social com familiares e amigos é proibido em 14 instituições. Na entrada do residente na instituição lhe é retirado o dinheiro em 6 instituições; os documentos pessoais em 13 instituições; o acesso a meios de comunicação, portanto celular, telefone, TV, jornal, em oito instituições; os pertences referentes a tudo que não é vestuário e utensílios para higiene (por exemplo maquiagem, perfume, relógio, escova de cabelo, bijuteria) são confiscados em 6 instituições. A possibilidade de privacidade em visitas, cartas, telefonemas é proibida em 14 instituições, sendo esse controle descrito como leitura das cartas (“filtro das cartas”) e acompanhamento dos internos em visitas dos familiares e amigos e telefonemas (“monitoramento” de visitas e telefonemas”).

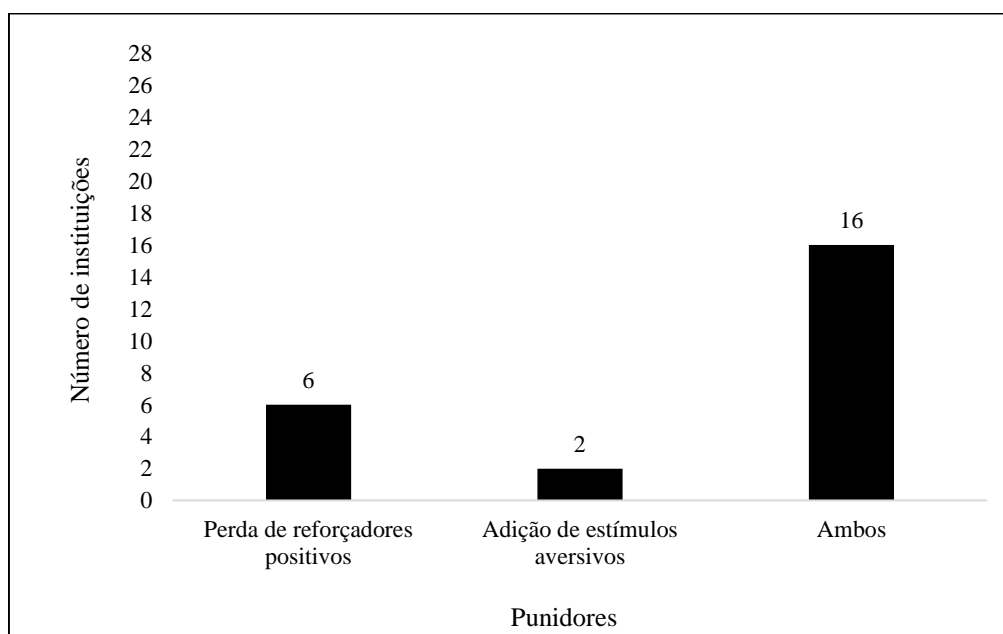


Figura 23. Número de Comunidades Terapêuticas que aplicam punições através de perda de reforçadores positivos, adição de estímulos aversivos e ambos

A última barra da Figura 21 refere-se ao número de instituições que punem os residentes por não obedecer regras, totalizando 23 Comunidades. A Figura 23 ilustra quais as formas de punições aplicadas e o número de instituições que realizam cada uma. A primeira barra mostra que seis instituições aplicam medidas punitivas retirando reforçadores positivos que os residentes têm acesso dentro da Comunidade Terapêutica (como, por exemplo, comida e contato social) após os mesmos desrespeitarem as regras. A segunda barra mostra que duas instituições adicionam estímulos aversivos (como, por exemplo, tarefas laborais) no ambiente do residente, e a última barra mostra que 16 instituições aplicam as duas formas de punição (retirada do reforçador positivo e inserção do estímulo aversivo) frente a desobediência de regras⁷.

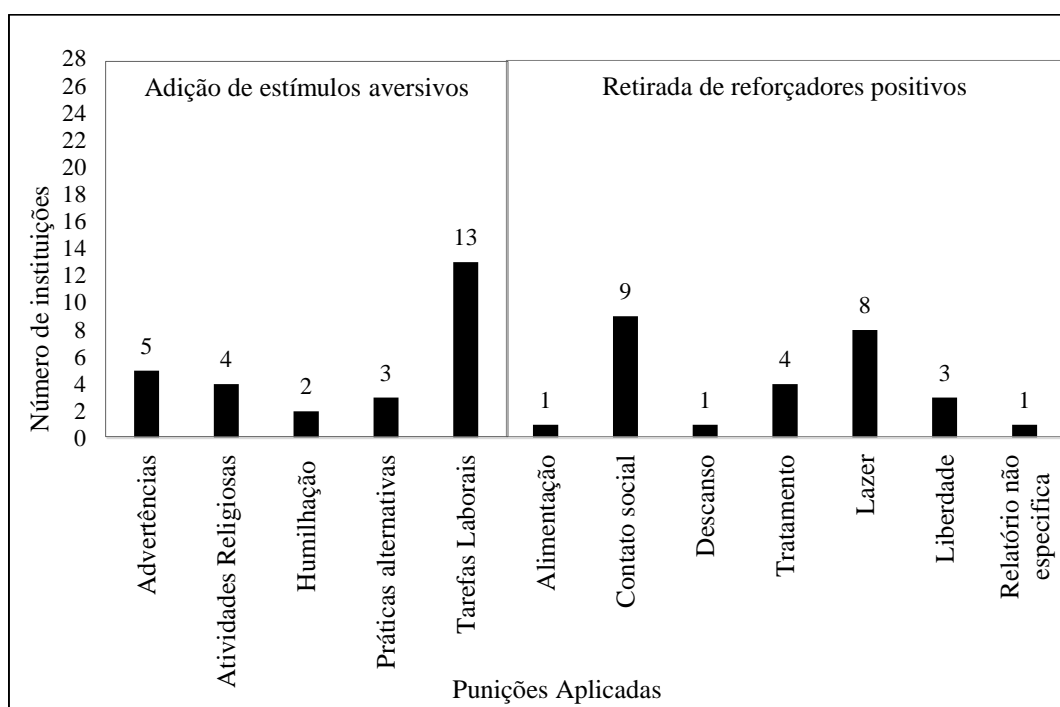


Figura 23. Número de Comunidades Terapêuticas que aplicam punições inserindo advertências, atividades religiosas, humilhação, práticas alternativas e tarefas laborais e retiram alimentação, contato social, descanso, possibilidade de tratamento, lazer, liberdade (no sentido de ir e vir) e retiram algo que o relatório não especifica

⁷ No geral as regras institucionais não são explicitadas.

A Figura 23 aponta o número de instituições que inserem diferentes estímulos aversivos como forma de punição positiva. Entre elas destacam-se: advertências (brincas e advertências formais); obrigatoriedade em participar de atividades religiosas (rezar ou escrever versículo da bíblia); realizar práticas alternativas imprevistas (cavar buraco e “construtivo”); e tarefas laborais (lavar louça, limpeza de banheiros e quartos, capinar). Ainda há a punição negativa com a retirada de reforçadores positivos: alimentação, contato social, tempo de descanso, possibilidade de tratamento⁸, atividades de lazer, liberdade e outros reforçadores positivos que o relatório não especifica.

O modo como as Comunidade Terapêuticas se distribuem ao inserir estímulos aversivos como forma de punição foi o seguinte: 13 Comunidades Terapêuticas (o maior número) utilizam a adição de tarefas laborais na rotina do residente, tais como lavar louça, limpar banheiros, quartos, piscina, capinar etc; cinco instituições aplicam advertências (verbais ou escritas); quatro instituições punem através de atividades religiosas, ou seja, o residente é obrigado a rezar ou escrever versículos da bíblia. Práticas alternativas são adotadas por três instituições e são descritas pelo CFP (2011) como “prática de cavar buraco” onde o residente é obrigado a cavar um buraco de três metros por três metros e depois enchê-lo novamente; e a “prática do construtivo” onde o indivíduo é obrigado a realizar tarefas mais desagradáveis (capinar, limpar banheiros, cortar lenha) durante mais tempo que o de costume, enquanto um monitor o humilha verbalmente (fala suas “falhas de caráter”, seu “desrespeito”, o “motivo por estar realizando esta tarefa”). Além disso, mais outras duas instituições usam a humilhação como punição à desobediência.

Ao retirar reforçadores positivos nove instituições cortam contato social (com família e amigos); oito instituições retiram as atividades de lazer (ver TV, futebol, ouvir rádio);

⁸ Residente é expulso da Comunidade Terapêutica em que está.

quatro retiram a possibilidade de se tratar na Comunidade Terapêutica atual, portanto expulsam o residente; três retiram a liberdade, aqui no sentido de ir e vir, já que essas pessoas são presas em um quarto específico da instituição por 24h; uma instituição impossibilita a pessoa de comer até que o comportamento de obedecer ocorra; uma anula o tempo de descanso (aqui a retirada do descanso aparece acompanhada com a inserção de atividades laborais); e, por fim, em uma instituição a retirada de reforçadores positivos não foi especificada, pois, é relatado pelo CFP (2011) o “corte de benefícios” como forma de punição à desobediência.

Quatro instituições aplicam as punições de forma hierárquica, ou seja, aplicam uma advertência, se o residente continuar desobedecendo regras aplica-se mais uma advertência somada a adição de trabalho, na terceira advertência acontece a expulsão da instituição.

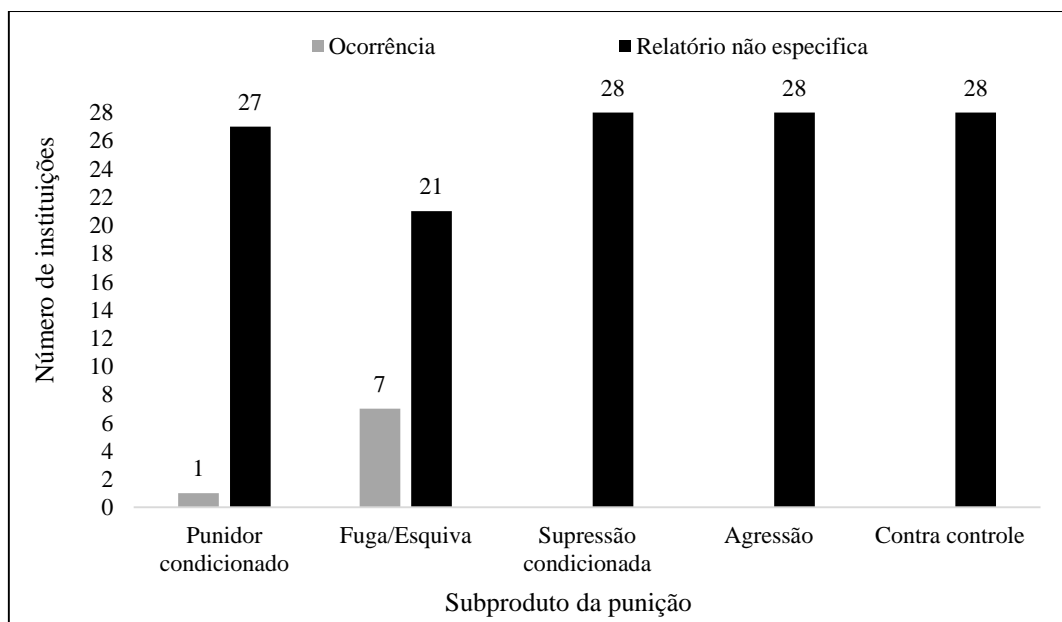


Figura 24. Número de Comunidades Terapêuticas em que foram identificadas a ocorrência de Punidor condicionado, fuga/esquiva, supressão condicionada, agressão e contra controle (subprodutos da punição)

A Figura 24 apresenta o número de instituições em que foram descritos possíveis subprodutos da punição. Nota-se que não há relatos da maioria deles (supressão condicionada, agressão, contra controle), porém há um relato referente a internos que “tinham medo na presença do monitor e coordenador” da instituição. Além disso, foi relatado fuga da instituição e desistência em sete Comunidades Terapêuticas.

4. DISCUSSÃO

A partir da análise global dos dados nota-se que não há registros de cumprimento total das normas dispostas na RDC nº 29, sendo que todas as instituições analisadas abusam dos direitos do cidadão. Pode-se destacar aqui que a violação dos direitos humanos e sociais são o foco da investigação do CFP (2011). Supõe-se que por conta deste objetivo os dados mais ricos que tenhamos sejam relativos à violação dos direitos do cidadão e presença de castigos, físicos, morais e psicológicos. Além disso, todas as instituições estão inseridas num ambiente de práticas coercitivas conforme a caracterização de Sidman (1989).

Pode-se ver, a partir dos dados disponibilizados pelo Censo das Comunidades Terapêuticas (SENAD)⁹ e dos dados do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: Locais de internação para usuários de drogas de 2011 o quanto são difundidas as Comunidades Terapêuticas para tratamento de usuários de drogas no Brasil, como afirmou Perrone (2014). Porém, mesmo assim, de 68 instituições vistoriadas, somente 28 estavam cadastradas no Censo, onde temos um total de 1847 instituições. Supõe-se então, que além dessas 1847 Comunidades Terapêuticas podem existir um maior número que não estão cadastradas. Esse dado indica que talvez o Censo das Comunidades Terapêuticas do Brasil não esteja englobando a totalidade das instituições existentes no país, que era sua proposta inicial.

O fato deste modo de atender usuários de drogas ser bastante difundido e utilizado, também, aparece na abrangência de estados em que estas instituições estão localizadas. Há Comunidades Terapêuticas vistoriadas em quase todos os estados do Brasil, com

⁹ Considerado por este trabalho com cadastros esgotados.

exceção de dois: Alagoas e Tocantins. Além disso, essas instituições se localizam em áreas variadas, rural de fácil e difícil acesso e urbana de fácil acesso. Totalizando metade de instituições de fácil acesso, este dado diverge com as conclusões destacadas pelo CFP (2011), que colocam como uma característica geral a dificuldade de acesso destas instituições.

Da totalidade das Comunidades Terapêuticas especificadas somente uma não se declara de cunho religioso. Este dado pode indicar que as influências cristãs e espirituais das três instituições (Grupo de Oxford, AA e Synanon) que embasaram a fundação de Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1976; BURNS, 1997; FRACASSO, 2001; DE LEON, 2003) ainda são muito presentes nas instituições de nosso país.

O público alvo atendido por Comunidades Terapêuticas do Brasil é constituído em sua maioria, por homens, mas também há instituições que atendem mulheres. Não havendo destaque para nenhum tipo de instituição mista. Esta parece ser uma característica atual deste tipo de instituição para tratamento do usuário de drogas, pois a separação de homens e mulheres não foi relatada na história do início das Comunidades Terapêuticas para o tratamento da dependência química.

Quanto à idade dos atendidos, as instituições recebem tanto pessoas menores de 18 anos, quanto maiores. Neste ponto o CFP (2011) não se mostrou claro se as instituições aceitam ou não menores de 18 anos, ou se no momento da vistoria havia ou não menores de 18 anos. O que pode explicar esse fato é que as vistorias foram realizadas por diversos conselhos regionais e com múltiplas parcerias, e os dados coletados não se mostraram unificados.

A partir dos resultados obtidos sobre a “lotação” verificamos que somente uma instituição ultrapassa em número de residentes de sua capacidade. Assim não podemos inferir qualquer relação entre a superlotação e violação dos direitos humanos dos residentes, como talvez se pudesse esperar, visto que esta característica está presente em outras instituições totais que abusam dos direitos humanos e sociais (CFP, 2011).

O perfil dos profissionais de saúde inseridos no contexto das Comunidades Terapêuticas ilustra que os psicólogos estão cada vez mais participativos e os médicos, quando contratados, sempre estão acompanhados daqueles profissionais. Esta informação, somada aos resultados deste trabalho, e a Perrone (2014) e ao CFP (2011) nos indicam o quanto a discussão proposta por Holland (1978) ainda está presente, pois estes colegas de profissão estão atuando em instituições que transgridem os direitos humanos, ou realizam práticas que se utilizam da coerção. Além dos psicólogos coniventes com este tipo de tratamento, vemos também o Estado financiando metade dessas instituições.

Perrone (2014) afirma a necessidade de fiscalização e regulamentação das Comunidades Terapêuticas a fim de evitar práticas desumanas. A ANVISA regulamenta instituições para tratamento de usuários de drogas desde 2001. A primeira normatização se deu a partir da RDC nº 101 e a norma vigente refere-se a RDC nº 29. As mudanças de uma para outra nos indicam que normas necessárias podem ter sido deixadas de lado, como a presença de profissional técnico da saúde e equipe qualificada para demandas específicas destas instituições. Além disso, este dado diverge com conclusões do CFP (2011) que indica que este tipo de estabelecimento tem pouca ou nenhuma normatização.

A RDC nº29 normatiza condições organizacionais, gestão pessoal, gestão de infraestrutura, processos operacionais assistenciais e condições que devem ser garantidas durante a internação do indivíduo. Sendo assim este trabalho sistematizou quais normas

são cumpridas e quais não são. Apesar do CFP (2011) não especificar o cumprimento de muitas normas em várias instituições, os dados apontam que pouco se segue as normas propostas pela RDC nº 29.

Um dado que chama a atenção diz respeito à ausência de responsável técnico, uma vez que a contratação deste profissional é obrigatória em todos os turnos de funcionamento da unidade. Dentre as 28 instituições analisadas 23 não cumpriam este pré-requisito e 20 não tinham o profissional em nenhum dos turnos. É de responsabilidade deste profissional a administração dos medicamentos dos residentes. Quando não há profissionais técnicos ficam responsáveis psicólogo, monitor, irmã (religiosa), enfermeiro, coordenador e até ex-residente. Este parece ser um resultado da mudança da RDC nº 101 pela RDC nº 29 - referente à formação do profissional técnico.

Quando o interno necessita de cuidados médicos, nos chama atenção que a maioria das instituições não encaminha o residente para nenhum serviço de atendimento à saúde; eles permanecem na instituição sem receber socorro médico. Algumas instituições também encaminham para o sistema público, recorrem à família e até são desligados da instituição. Sugerindo mais um indício de que profissionais qualificados da área da saúde fazem falta neste tipo de instituição.

O tempo de internação varia de instituição para instituição. Somente uma coloca como tempo mínimo um dia, as demais trabalham com internações que duram de três meses a até um ano de reclusão. A RDC nº 29 expõe que a permanência na instituição é voluntária, podendo o residente sair a qualquer momento; mesmo assim, dez instituições não garantem este direito e cinco instituições tem salas com portas com trancas, utilizadas para sanções ao residente em momentos de descumprimento de ordem. A utilização de portas com travamento não simples é proibida pela RDC nº29.

Todas as instituições analisadas violam a garantia dos direitos do cidadão, sendo o direito mais violado a garantia ao trabalho digno, seguido de respeito à escolha ou ausência de credo, à orientação sexual, acesso à saúde, educação, aposentadoria e lazer. Além disso, 26 instituições aplicam castigos físicos, morais ou psicológicos.

Não cumprir normas referentes à permanência voluntária, uso de trancas, garantia dos direitos do cidadão e ausência de castigos as instituições não garantem:

(a) Controle social compartilhado, pois o residente pouco decide sobre seu tratamento e ainda se mantém afastado de sua família;

(b) Horizontalização das relações, pois o residente recebe ordens da equipe que se não cumpridas são punidas;

(c) Aplicação no conceito de saúde/ melhora na qualidade de vida, pois lá eles não têm acesso aos direitos básicos do cidadão e isso os afasta cada vez mais da reabilitação, visto que nem seu papel de cidadão estão aptos para cumprir na instituição;

(d) Reapropriação da identidade, pois a não garantia aos direitos também os afasta deste conceito.

Apesar de poucos dados quanto ao seguimento das normas da RDC nº 29, podemos inferir que o cumprimento das normas mudaria o panorama do serviço, concordando, assim, com as conclusões de Perrone (2014). A ocorrência das condições básicas para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, propostas pela norma vigente aproximaria a prática da teoria proposta por Jones (1972, 1984), Fracasso (2001) e De Leon (2003) e por tanto caminharia na mesma mão que a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este trabalho ressalta a importância de vistorias que possam controlar o cumprimento destas normas. Porém caberia fazer algumas ressalvas -

à RDC nº29 - quanto à falta de exigência de profissionais de saúde nestas instituições, tempo prolongado de permanência e reclusão excessiva.

É unânime a execução de práticas coercitivas em todas as instituições analisadas, mas, assim como na análise referente às normas, os dados do CFP (2011) são escassos. Em alguns relatos foi possível identificar a prática em si, mas muitas vezes não foi possível identificar antecedentes, muito menos consequências envolvidas na relação, dificultando a análise dos dados a partir da abordagem norteadora deste trabalho, a Análise do Comportamento.

Quatro tipos de situações em que ocorrem práticas coercitivas foram identificadas: práticas aversivas como parte do tratamento, perda de reforçadores ao entrar na Comunidade Terapêutica, punições por não obedecer regras e situações de aversividade não especificadas. Neste último caso o que está declarado é somente a topografia da resposta de punição (humilhação, castigo físico e punição).

As práticas aversivas como parte do tratamento envolvem uma apresentação de um reforçador negativo (verbalizações agressivas de pares e profissionais, trabalho pesado e carregar peso) sem nenhum antecedente aparente, ou seja, a punição acontecerá independente do responder do residente. Segundo Sidman (1989) em casos como esses, respostas aleatórias que acontecem no exato momento que antecede podem ser punidas e suprimidas, causando os mesmos subprodutos da punição direcionada a certa resposta.

Na prática da “aprendizagem rápida” (os monitores acordam o residente no meio da noite para realizar trabalho pesado sem intervalos para descanso), por exemplo, a resposta de “dormir” poderia ser punida, gerando dificuldades no sono após o pareamento. Além disso, o próprio quarto do residente poderia se tornar aversivo, ampliando significativamente os punidores condicionados, e qualquer processo que

remova estes estímulos acaba tornando-se um reforçador. Este processo, também, é comentado por Skinner (1953;1979), Sidman (1989) e Guedes (2011).

Ao entrar na instituição o residente deixa de ter acesso ao contato sexual, social, dinheiro, documentos, comunicação, pertences e privacidade. Podemos definir, em geral, esta relação como a perda de reforçadores positivos. Sidman (1989) define que faz parte do controle coercitivo a retirada de estímulos reforçadores positivos incompatíveis à resposta que o agente punidor quer impedir que aconteça. Pensando que a Comunidade Terapêutica visa que o indivíduo pare de consumir álcool e/ou outras drogas, a retirada de estímulos reforçadores anteriormente citados, pode ser considerada punição. Pode-se inferir que estes possíveis reforçadores positivos são retirados do alcance do indivíduo no momento que ele procura o tratamento. Portanto, o próprio tratamento pode se tornar um punidor condicionado. Supõe-se, também, que ao procurar a internação voluntariamente o indivíduo não está em privação de nenhum dos reforçadores citados no início deste parágrafo, tornando a probabilidade de efetuar respostas que não os produzam maiores.

Quando um indivíduo não cumpre a norma, 23 Comunidades Terapêuticas aplicam punições, retirando reforçadores positivos (aqueles que ainda os restam dentro da instituição) ou adicionando reforçadores negativos e, na maioria das vezes, realizam os dois tipos de punição ao mesmo tempo.

Vemos que a coerção é uma prática comum nas Comunidades Terapêuticas analisadas, possivelmente, também das instituições desta abordagem no Brasil inteiro. Se a ocorrência dessas práticas já está provada pelos dados podemos afirmar que os subprodutos também acontecem.

Foram relatadas sete ocorrências de fugas das comunidades e, neste trabalho isso foi considerado tanto fuga, como esquiva, pois podemos inferir que o indivíduo pode fugir

da instituição no momento em que ele está recebendo uma punição (fuga) e pode fugir na presença de um punidor condicionado (esquiva). Nesta última, podemos considerar qualquer estímulo que foi pareado com as punições relacionadas acima, até mesmo a própria instituição. Sob outra perspectiva podemos considerar a resposta de “fugir da instituição” uma resposta motivada por privação de todos os estímulos reforçadores positivos retirados do ambiente da pessoa.

Apesar das descrições de fugas, o CFP (2011) não descreve praticamente mais nenhum possível subproduto de punição aparente, com exceção de uma evidência de que profissionais da instituição teriam se tornando punidores condicionados. Neste caso o profissional elicia respostas reflexas semelhante às eliciadas pelo punidor incondicionado (SKINNER, 1953;1979; SIDMAN, 1989; GUEDES, 2011). Sidman (1989) discute que o agente punidor certamente irá se tornar um punidor condicionado, assim como o profissional da Comunidade Terapêutica em questão.

Como os dados referentes às características gerais da instituição, estes dados sobre punição também nos voltam a afirmar o quanto a discussão de Holland (1978) é atual e o quanto as práticas coercitivas ainda estão inseridas em nosso ambiente de trabalho. É possível afirmar a partir da discussão acima que estas instituições nada mais fazem do que ampliar os estímulos aversivos no ambiente do indivíduo (punindo, e por sua vez criando punidores condicionados) e tornar poucos os reforçadores positivos. Segundo Silva et al (2001) é exatamente este ambiente que torna o indivíduo vulnerável a tornar-se dependente. Podemos inferir ainda que, se esses indivíduos tivessem acesso ao álcool e drogas, possivelmente eles seriam comparados aos ratos não sociais do experimento de Alexander et al (1978), mesmo convivendo em ambiente social, portanto aumentariam excessivamente o consumo de álcool e outras drogas.

Além de não funcionar por questões ligadas à tolerância e crise de abstinência (noção reflexa da dependência) como defende Huzinker (1997), esta abordagem de tratamento também não busca aumentar os reforçadores na vida do indivíduo diminuindo sua vulnerabilidade e probabilidade a tornar-se dependente, portanto, a resposta de beber continuará sendo reforçada positiva ou negativamente quando esta pessoa deixar a Comunidade Terapêutica. Provavelmente por isso que Xavier (2013) expõe que 98% dos indivíduos que foram internados voltam a beber.

Frente a discussão proposta por Skinner (1953; 1979), Sidman (1989) e Guedes (2011) que defendem que o reforçamento positivo é a alternativa à punição, o tratamento recluso dessas pessoas poderia até ser possível, no sentido de ampliar reforçadores positivos e diminuir estimulação aversiva. Mas isso não diminuiria a possibilidade de recaída como resultado da crise de abstinência ao se colocar frente aos estímulos condicionados que eliciavam respostas reflexas incompatíveis às do uso da droga em si, porém poderiam manter o indivíduo longe do ambiente que precede o uso.

Conclui-se, assim, que a prática das Comunidades Terapêuticas no Brasil segue na contramão tanto da Reforma Psiquiátrica no país, quanto dos pressupostos conceituais da Análise do Comportamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a análise dos dados do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas) este trabalho se deparou com escassez de informações ao que se diz respeito tanto do cumprimento das normas da RDC nº 29, quanto da noção de punição e subprodutos. O CFP (2011) não especifica se existia um roteiro para a vistoria e se esses se baseavam nas normas atuais deste tipo de instituições. Apesar disso, pode-se ressaltar que este tipo de direcionamento para os profissionais que realizaram estas vistorias poderia servir de grande utilidade para a área acadêmica recheiar o discurso sobre a efetividade destas instituições.

Em relação ao histórico destas instituições, pode-se comentar que nos deparamos com a falta de dados sobre o início dessas instituições no Brasil.

Para trabalhos futuros sugere-se a investigação da história das Comunidades Terapêuticas em nosso país, além disso sugere-se um trabalho que demonstre propostas da Análise do Comportamento para o tratamento de usuários dependentes de álcool e outras drogas como alternativa à Comunidades Terapêuticas.

Para vistorias futuras sugere-se a utilização dos dados dispostos nas normatizações vigentes como foco de observação, indo além de somente à garantia dos direitos humanos e sociais.

REFERÊNCIAS

- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *A história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo*. 3. ed. São Paulo: Centro de Distribuição de Literatura de A.A. para o Brasil (CLAAB), 1976.
- ALEXANDER, B. K., COAMBS, R. B., HADAWAY, P. F., (1978). *The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats*. *Psychopharmacology* v. 58, 175-179.
- AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995.
- BANACO, R. A., ZAMIGNANI, D. R., MARTONE, R. C., VERMES, J. S., KOVAC, R. Psicopatologia. In: HUBNER, M. C., MOREIRA, M. B. *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 154-166.
- BENVENUTI, M. F. Uso de drogas, recaída e o papel do condicionamento respondente: possibilidades do trabalho do psicólogo em ambiente natural. In: ZAMIGNANI, D.R. *A clínica de portas abertas*. Santo André: ESETec Editores Associados, 2007, p. 307-327.
- BRASIL. Ministério da Justiça. SENAD. *Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil*. Disponível em: < www.mapa-ct.ufrgs.br > Acesso em: 20 de março de 2014 e 26 de maio de 2014
- BURNS, J. E. *O caminho dos doze passos: tratamento de dependência de álcool e outras drogas*. São Paulo: Edições Loyola, 1995.
- CASTRO, N. M. S., Terapia comportamental: tratamento e prevenção da recaída com dependentes químicos. In: TEIXEIRA, A. M. S., ASSUNÇÃO, M. R. B., STARLING, R. R., CASTANHEIRA, S. S. *Ciência do Comportamento: Conhecer e Avançar*, Santo André: ESETec Editores Associados, v. 1, 2002. p. 92-106.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- DE LEON, G. *A Comunidade Terapêutica*. 4ª edição. São Paulo: Edições Loyola, 2012.
- FRACASSO, L. Características da Comunidade Terapêutica. In: SERRAT, Saulo Monte (org.). *Drogas e Álcool: Prevenção e Tratamento*. Campinas: Komedi, 2001. p. 272-289.
- GUEDES, M. L. (2011). Porque o controle aversivo não é uma possibilidade na clínica. *ACTA Comportamentalia*, v. 19, 65-70.
- HOLLAND, J. G. (1978). Behaviorism: Part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 11, 163-174.

HUZINKER, M. H. O mundo dentro e fora do laboratório: duas faces de uma mesma realidade. In: BANACO, R. A. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. São Paulo: Arbytes. v. 1, 1997.

JONES, M. A *Comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

JONES, M. A. (1984). In a conversation with Maxwell Jones. *The Psychiatrist*, vol. 8, 166-170.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministro. *Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos recorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministro. *Resolução RDC/ANVISA nº101, de 30 de maio de 2001*. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

PERRONE, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19(2), 569-580.

SIDMAN, M. (2001). *Coerção e suas implicações*. (M.A. Andery, T. M. Sério, Trad.). Campinas (SP) Livro Pleno. (Obra original publicada em 1989)

SKINNER, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov, R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953)

SKINER, B. F. (1990). The non-punitive society. *Japonese Journal of Behavior Analysis*, v. 5, 98-106.

SILVA, M. T. A., GUERRA, L. G. G. C., GONÇALVES, F. L., GARCIA-MIJARES, M. Análise Funcional da Dependência de Drogas. In: BANACO, R. A. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec Editores Associados, vol. 7, 361-376(2001).

XAVIER, D. (2013) A internação compulsória é um sistema de isolamento social e não de tratamento. *Caros Amigos*, São Paulo, ed. 175. Entrevista concedida a Gabriela Moncau.

ANEXOS

ANEXO A – Os 12 Passos

- 1- *Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o controle de nossas vidas.*
- 2- *Vimos a acreditar que um Poder superior a nós poderia nos devolver à sanidade.*
- 3- *Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.*
- 4- *Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.*
- 5- *Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.*
- 6- *Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.*
- 7- *Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.*
- 8- *Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.*
- 9- *Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significa prejudica-las, ou a outrem.*
- 10- *Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.*
- 11- *Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação à nós e forças para realizar esta vontade.*
- 12- *Tendo experimentado um despertar espiritual graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.*

(Alcoólicos Anônimos, 1976 p. 80)

ANEXO B – As 12 Tradições

- 1- *“Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a reabilitação individual depende da unidade de A.A.*
- 2- *Somente uma autoridade preside, em última análise, o nosso propósito comum - um Deus amantíssimo que Se manifesta em nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não têm poderes para governar.*
- 3- *Para ser membro de A.A., o único requisito é o desejo de parar de beber.*
- 4- *Cada Grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros Grupos ou a A.A. em seu conjunto.*
- 5- *Cada Grupo é animado de um único propósito primordial - o de transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.*
- 6- *Nenhum Grupo de A.A. deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de A.A. a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem de nosso propósito primordial.*
- 7- *Todos os Grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.*
- 8- *Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não-profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.*
- 9- *A.A. jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.*
- 10- *Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.*
- 11- *Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.*
- 12- *O anonimato é o alicerce espiritual das nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.*

(Alcoólicos Anônimos, 1976 p. 190)