



Psicologia Ciência e Profissão

ISSN: 1414-9893

revista@pol.org.br

Conselho Federal de Psicologia
Brasil

Scaduto, Alessandro Antonio; Barbieri, Valéria; dos Santos, Manoel Antônio
Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do
Tratamento
Psicologia Ciência e Profissão, vol. 35, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 781-796
Conselho Federal de Psicologia
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282042221011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento

Adherence to the Principles of the Therapeutic Community Treatment and the Process of Change

La Adhesión a los Principios de la Comunidad Terapéutica y el Proceso de Cambio Durante el Tratamiento

**Alessandro Antonio
Scaduto, Valéria Barbieri &
Manoel Antônio dos Santos**

Universidade de São Paulo

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000792013>

Artigo

Resumo: Comunidades Terapêuticas (CT) são instituições para usuários abusivos de drogas ainda pouco estudadas na realidade brasileira. O presente estudo teve por objetivo investigar a vinculação de internos aos princípios de uma CT e sua relação com o processo de mudança vivenciado ao longo do tratamento. Sete homens dependentes de *crack*, cocaína e álcool foram avaliados por meio de entrevista semiestruturada, Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (*Improved Readability Form*) e Teste de Apercepção Temática (TAT), no início e ao final do tratamento. Os resultados sugerem melhor vínculo dos participantes aos princípios da CT em geral ao final da internação. Os internos que se vincularam aos princípios de mudança pessoal apresentaram mudanças mais expressivas do que aqueles que aderiram apenas aos princípios morais e religiosos. Os resultados sugerem que o tratamento na CT promove melhoras no funcionamento psicológico, ainda que em diferentes graus, dependendo do nível de integração dos recursos da personalidade.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Cooperação do Paciente.

Abstract: Therapeutic Community (TC) is a treatment modality for drug abusers that has not yet been thoroughly studied in Brazil. The adherence to the TC principles in treatment interns as well as its relation to the process of change during the treatment was investigated. Seven male participants with crack, cocaine, and/or alcohol abuse were assessed at the beginning and end of the treatment using a semi-structured interview guide, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Improved Readability Form, MMPI-IRF), and the Thematic Apperception Test (TAT). Results suggest that a better adherence to TC's general principles at the end of the treatment exist. Participants who adhered to the principles of personal change exhibited more expressive changes than those who only adhered to moral and religion-related principles of the CT. This suggest that there are differences between the level of positive outcomes and psychological functioning among abusers.

Keywords: Therapeutic Community. Substance-Related Disorders. Patient Compliance.

Resumen: Las Comunidades Terapêuticas (CT) son instituciones para usuarios abusivos de drogas poco estudiadas aún en la realidad brasileña. El presente estudio tuvo por objetivo conocer el proceso de vinculación/adhesión de internos a los principios de una CT y su relación con el proceso de cambio a lo largo del tratamiento. Siete hombres dependientes de crack, cocaína y alcohol fueron evaluados por medio de entrevista semi-estructurada, Inventario Multifásico Minnesota de Personalidad (*Improved Readability Form*) y el Test de Apercepción Temática (TAT), al inicio y al final del tratamiento. Los resultados sugieren mejor vínculo de los participantes a los principios de la CT en general al final de la internación. Los internos que se vincularon a os principios de cambio personal presentaron cambios más expresivos con relación a los que se vincularon apenas a los principios morales y religiosos de la CT, sugiriendo diferencias entre el grado de mejoría presentado y su funcionamiento psicológico.

Palabras clave: Comunidad Terapêutica. Trastornos Relacionados con Sustancias. Cooperación del Paciente.

Introdução

O uso abusivo de substâncias psicoativas tem se configurado como um problema psicossocial e de saúde pública no Brasil, acarretando diversos prejuízos individuais e macrossociais (Carlini, 2005; De Leon,

2000/2003; Meloni, & Laranjeira, 2004). Em função da necessidade de oferecer atenção qualificada às pessoas que apresentam esse quadro e considerando a definição recente de políticas públicas específicas para usuários de *crack* (Brasil, 2010), diferentes modalidades de tratamento têm sido propostas. Nesse contexto, vêm se destacando as chamadas

Comunidades Terapêuticas (CT), instituições de tratamento que se referenciam em princípios similares, ainda que sejam bastante diversificadas em sua organização.

De Leon (2003) e Fracasso (2002) reportam a origem das CT nos EUA no final da década de 1950, no mesmo período em que Maxwell Jones organizava um modelo semelhante de instituição para pessoas com transtornos mentais, caracterizado pela igualdade entre equipe e pacientes, divisão do trabalho e valorização da convivência interpessoal. De Leon (2003) afirma que as CT foram influenciadas por correntes teóricas como o Método dos 12 Passos dos Alcoólatras Anônimos (AA), Humanismo, Existencialismo e Psicanálise, dentre outras, construindo, contudo, uma compreensão própria sobre o abuso de drogas, referida como filosofia da CT.

Internacionalmente, são reportados resultados positivos do tratamento na CT em diversos países, como Estados Unidos (Carrol, & McGinley, 2000), Israel (Dekel, Benbenishty, & Amram, 2004), Portugal (Vieira, 2007) e Tailândia (Verachai, Punjawatnun, & Perfes, 2003). Em que pese os questionamentos sobre a qualidade metodológica de tais pesquisas (Smith, Gates & Foxcroft, 2009), Arnau (2006) alerta para o risco de que os resultados desses estudos não sejam suficientemente bem apreciados e que, apesar de haver evidências acerca da qualidade do atendimento das CT na Espanha, essas instituições possam não gozar do mesmo prestígio entre pesquisadores e profissionais. Contudo, segundo o autor, a situação das CT espanholas é consideravelmente avançada, devido ao número significativo de instituições com certificações de qualidade e mudanças em sua cultura, como maior proporção de profissionais de saúde e obediência aos pressupostos da Psiquiatria Social.

No Brasil, as primeiras CT surgiram no final da década de 1970 (Fracasso, 2002). Atualmente, tais instituições são de natureza tipicamente privada, promovendo atividades terapêuticas individuais e em grupo, além de outras de cunho religioso e relacionadas aos 12 Passos do AA. São enfatizados o trabalho

e a convivência entre os internos como recursos terapêuticos, utilizados para incentivar a ressocialização (Fracasso, 2002; Siqueira, Barbosa, Laranjeira, & Hopkins, 2007).

O tratamento na CT consiste em um modelo estruturado de relacionamentos interpessoais estabelecido em um ambiente isolado do contexto sociofamiliar, ordenado por regras que visam a favorecer relações francas e abertas entre os indivíduos. O comportamento e o grau de interação social de cada interno são monitorados por internos e equipe, a fim de que todos possam se avaliar constantemente e se responsabilizar por seu próprio tratamento. A convivência em grupo se baseia em preceitos religiosos cristãos, sem se ater a um credo em especial, incentivando-se uma dimensão espiritual para o favorecimento da recuperação (Fracasso, 2002). De Leon (2003) designou a CT como ambiente total, onde os internos são responsáveis por cuidar da limpeza, higiene, alimentação e manutenção da instituição.

No Brasil, devido ao fato de que grande parte das CT se situa na zona rural, é comum que os internos também realizem atividades como cuidar da horta e de animais. Apesar da marcada presença das CT no Brasil, são poucos os estudos dedicados a esse tema no país. As investigações existentes sugerem que a maioria dessas instituições apresenta limitações de ordem técnica e estrutural, e mesmo da extensão de seus paradigmas, o que compromete o alcance da atenção oferecida (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008; Siqueira et al., 2007).

Silva e Garcia (2004) levantaram as principais características das CT no Estado do Espírito Santo: embasamento religioso/psicossocial, predomínio de clientela adulta e masculina, tempo de internação entre sete e nove meses, baixa presença de profissionais de saúde e predomínio de voluntários e monitores (estes últimos, em sua maioria, ex-internos). Também no Espírito Santo, Siqueira et al. (2007) reportam que 49,5% dos serviços de cuidado a usuários abusivos de drogas são CT de origem privada ou filantrópica. Os autores também discutem as limitações da rede de atenção do Estado, enfatizando a escassez

de serviços fora da capital e o predomínio de instituições focadas em internações. Além de não serem supervisionadas e não atenderem às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2001), a proliferação de CT atende à demanda que deveria ser suprida por serviços públicos de atenção à saúde de natureza extra-hospitalar, ou seja, que não retirem o indivíduo de seu contexto comunitário e social, conforme previsto na Política Nacional de Álcool e Drogas (Brasil, 2004).

Alves (2006) coordenou um grupo focal com internos de uma CT em município do Estado de Minas Gerais e constatou que os participantes pareceram idealizar a instituição, atribuindo os aspectos negativos do serviço a si mesmos. Eles também ressaltaram a disciplina e a religiosidade como aspectos importantes do tratamento e reconheceram o papel de cada interno como responsável pelas próprias mudanças. Contudo, a convivência na CT foi considerada difícil – ainda que necessária para a recuperação –, devido à ocorrência frequente de desentendimentos entre os internos. Ao discutir esses resultados, a autora ressaltou a importância de a CT favorecer o desenvolvimento de papéis sociais para além do papel de (ex-)dependente.

Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008) realizaram observação etnográfica em uma CT urbana da cidade de Porto Alegre (RS), além de entrevistarem voluntários e internos (adolescentes do sexo feminino). Os resultados da pesquisa apontaram para as deficiências do tratamento na CT decorrentes do pouco preparo das equipes e do não cumprimento dos requisitos da ANVISA (Brasil, 2001), em especial na constituição das equipes multiprofissionais e na interligação com outros serviços para usuários abusivos de drogas. Um quadro similar foi observado na Colômbia por Valderrutén (2008).

Apesar das limitações do modelo de CT apontadas pela literatura, sua popularidade demanda que mais estudos sejam desenvolvidos, visando a conhecer seus componentes terapêuticos. Se por um lado Hser et al. (2001) afirmam que não há diferenças entre

modalidades de tratamento em relação às suas taxas de recuperação e eficácia, outros estudos reportam dificuldades na adesão ao tratamento (Scaduto, & Barbieri, 2009) e na manutenção dos resultados (Fals-Stewart, 1992).

Considerando que a CT adota uma compreensão multifacetada do fenômeno que aborda, pode-se indagar: como a vinculação do interno a seus princípios está relacionada aos resultados promovidos por essa modalidade de tratamento? Para responder essa questão, De Leon (2003) propôs um modelo multidimensional para explicar a mudança pessoal proporcionada pelo tratamento na CT, em que a mudança está relacionada a experiências e percepções nos níveis intra e interpessoal, bem como ao desenvolvimento de valores e atitudes pró-sociais.

Tal modelo consiste de quatro dimensões e um total de 10 domínios. A Dimensão 1 (Membro da Comunidade) refere-se à qualidade da vinculação dos internos aos princípios da CT como modalidade de tratamento (domínio 1.1 - Agregação) e ao atendimento das expectativas comportamentais da mesma (domínio 1.2 - Modelo de Atuação). A dimensão 2 (Socialização) refere-se ao grau com que os internos apresentam menor frequência de comportamentos antissociais (domínio 2.1 - Desvio Social), adquirem habilidades para o trabalho e relações interpessoais (domínio 2.2 - Habilitação) e desenvolvem valores pessoais como honestidade, autoconfiança, responsabilidade e valorização do trabalho (domínio Valores de Bem Viver). A dimensão 3 (Desenvolvimento) descreve o grau do controle dos impulsos e tolerância à frustração e tipo de relacionamentos interpessoais (domínio 3.1 - Maturidade) e o grau com que os internos são capazes de cumprir com promessas e obrigações (domínio 3.2 - Responsabilidade). Por fim, a dimensão 4 (Psicológica) descreve o nível de habilidades cognitivas (domínio 4.1) e emocionais (domínio 4.2), bem como o nível geral de sofrimento psíquico dos internos (domínio 4.3 - Bem-estar psicológico).

Considerando que o Plano de Enfrentamento ao Crack (Brasil, 2010) prevê a CT como

parte da rede de atenção para esse fim, é importante compreender os alcances e limites dessa modalidade de tratamento, a fim de possibilitar seu aprimoramento. Desse modo, o presente estudo teve por objetivo investigar a vinculação de internos aos princípios de uma CT e sua relação com o processo de mudança ao longo do tratamento.

Método

O estudo foi conduzido em uma CT de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Essa instituição foi escolhida por apresentar características compatíveis com as descritas pela literatura: funcionamento como Organização Não-Governamental (ONG), equipe constituída por ex-internos em tempo integral e profissionais de saúde em regime de apoio, localização na zona rural, ênfase na convivência e no trabalho compartilhado em grupo, modelo de tratamento alicerçado em atividades religiosas e baseadas no Método dos 12 Passos. A CT atendia apenas internos do sexo masculino.

Os participantes foram sete internos do sexo masculino com histórico de dependência de *crack*, cocaína e álcool. Os critérios de inclusão foram: idade entre 20 e 35 anos de idade; ter, pelo menos, quatro anos de estudo; estar no início do tratamento (entre três e quatro semanas de internação) e não apresentar déficit cognitivo, complicações neurológicas e/ou histórico psiquiátrico para comorbidade. A coleta de dados foi interrompida quando se atingiu o critério de saturação dos dados.

Os participantes foram avaliados no início e ao final do tratamento (oitavo mês), fases pré e pós-CT, respectivamente, por meio dos seguintes instrumentos: (1) entrevista semiestruturada, que incluía dados sociodemográficos, histórico de saúde e uso de drogas, expectativas em relação ao tratamento e impressões sobre o mesmo no final da internação; (2) Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - Forma IRF (*Improved Readability Form*; MMPI-IRF), revisado por Barbieri (1996); (3) Teste de Apercepção Temática - TAT (Murray, 1943/2005). Foram

selecionados os cartões 1, 2, 3RH, 4, 6RH, 7RH, 8RH, 18RH, 16 e 9RH, visando eliciar os seguintes conteúdos simbólicos: Ideal de Ego, Relacionamentos Interpessoais, Trabalho, Superego, Depressão e Propensão ao Suicídio (Murray, 1943/2005). As avaliações foram individuais e incluíram uma entrevista devolutiva dos resultados na fase pós-CT.

O MMPI-IRF foi cotado com base nas normas descritas por Barbieri (1996). As histórias do TAT foram classificadas a partir do sistema descrito por Morval (1982). Os indicadores resultantes foram organizados individualmente e, posteriormente, agrupados de acordo com as dimensões e domínios do processo de mudança propostos por De Leon (2003). No presente estudo, serão apresentados os resultados referentes às Dimensões 1 (Membro da Comunidade), 2 (Socialização) e 3 (Desenvolvimento). A Tabela 1 apresenta os indicadores dos instrumentos de avaliação relacionados a tais dimensões. Os resultados foram analisados sob uma perspectiva psicodinâmica (Arzeno, 1995; Kessler et al., 2003; Trimboli & Kilgore, 1983; Winnicott, 1952/2000).

Resultados

Foram observados dois perfis de participantes, em termos do grau de integração da personalidade, considerando os critérios de referência a objetos totais internalizados, uso de mecanismos de defesa maduros, menor restrição psíquica e consciência dos próprios conflitos. O primeiro perfil, composto por quatro participantes (Adalberto, Benedito, Caio e Diego, nomes fictícios) apresentou menor integração nesse sentido em comparação aos três participantes restantes (Émerson, Francisco e Geraldo, nomes fictícios), referidos doravante como primeiro e segundo subgrupos, respectivamente.

Dimensão 1 (Membro da Comunidade). Essa dimensão é composta por dois domínios, 1.1 (Agregação) e 1.2 (Modelo de Atuação). Com relação ao primeiro deles, foi observado que, dos sete participantes, três estavam se internando pela primeira vez (Diego, Émerson

Tabela 1. Indicadores Relacionados às Dimensões 1 (Membro da Comunidade), 2 (Socialização) e 3 (Desenvolvimento) do Processo de Mudança na CT

Domínios	Indicadores dos Instrumentos de Avaliação
1.1. Agregação	Impressões e expectativas sobre a CT, o tratamento e vínculos com os internos; Escores nas escalas Pa e Si do MMPI-IRF; Tipo de relacionamento de grupo nas histórias do TAT; Indicadores nas histórias do TAT (temas, atributos dos heróis e suas necessidades, características do meio e tipos de desfecho) em histórias sobre grupos, tratamento ou situações correlatas.
1.2. Modelo de Atuação	Impressões dos internos sobre adaptação às regras da CT; Impressões dos internos acerca de si mesmos ao final do tratamento; Características das histórias do TAT relacionadas à identificação com as expectativas da CT.
2.1. Desvio Social	Presença de histórico de comportamento antissocial, além do abuso de substâncias psicoativas; Impressões dos internos acerca de si mesmos, do abuso de substâncias e relacionamentos interpessoais; Escores nas escalas L, F, Pd e Ma do MMPI-IRF; Presença e tipo de características antissociais nas histórias do TAT.
2.2. Habilitação	Relatos sobre experiências de formação profissional ou de aprendizado de habilidades sociais; Características das histórias do TAT sobre trabalho ou estudo.
2.3. Valores de bem viver	Relatos sobre relacionamento com outros internos, questões religiosas ou espirituais, conquistas almejadas e alcançadas com o tratamento e aprendizado dos valores de bem viver; Pontuações nas escalas F, Pd e Ma do MMPI-IRF; Características das histórias do TAT relacionadas a esses valores.
3.1. Maturidade	Relatos sobre controle dos impulsos; Expectativas e importância atribuídas ao tratamento; Impressões dos internos sobre si mesmos e seus relacionamentos interpessoais; Perfil dos escores nas escalas do MMPI-IRF; Tipo de relacionamento estabelecido pelos heróis das histórias do TAT com figuras de autoridade.
3.2. Responsabilidade	Relatos sobre razões para internação, percepção de si mesmo e formas de lidar com responsabilidades em geral; Pontuações nas escalas D, HY, PD, PT, PA, MA do MMPI-IRF; Grau de autonomia dos heróis e de suas condutas nas histórias do TAT, além da influência do conjunto no desfecho das narrativas.

e Geraldo) e quatro haviam passado por outras CT, tendo entre duas e seis internações prévias (Adalberto, Benedito, Caio e Francisco).

Os participantes que estavam em sua primeira internação referiram que, antes de ingressarem na CT, viam o tratamento como coercitivo, isto é, imposto por normas restritivas: um tratamento “pra louco, gente babando” (Émerson). Ainda na fase pré-CT, alguns participantes (Benedito, Émerson e Francisco) referiram sentimentos de ambivalência quanto a iniciar o tratamento e dificuldades de relacionamento com os internos, preferindo se isolar. Apenas um dos participantes (Geraldo) relatou se sentir parte do grupo, mostrando-se receptivo a ele.

Ao discorrerem sobre o que entendiam por um tratamento na CT, foram referidas expectativas de desenvolver um novo estilo de vida e habilidades de enfrentamento das questões relacionadas à dependência de substâncias. Contudo, os participantes referiram acreditar que tais resultados só poderiam ser obtidos por meio do esforço individual, sugerindo uma vinculação à CT como instituição e não ao grupo de internos.

Na fase pré-CT, os dois subgrupos diferiram quanto à abertura aos relacionamentos interpessoais, com o primeiro apresentando maiores prejuízos (vivências de passividade, incerteza e temor à proximidade afetiva),

sugeridos pelos altos escores de três participantes do primeiro subgrupo e um do segundo nas escalas Pa (Paranoia) e Si (Introversão Social) do MMPI-IRF.

Ao final do tratamento, todos os participantes reportaram sentimentos de gratidão à CT, ainda que tenham manifestado diferentes graus de crítica sobre a mesma. O primeiro subgrupo enfatizou a importância das atividades religiosas (comumente referidas na CT como de “espiritualidade”) para a adesão ao tratamento, além de ter descrito a convivência dentro da CT como difícil, devido a tensões existentes entre internos e “excesso de regras”, nem sempre respeitadas por todos.

O segundo subgrupo também referiu tais dificuldades, entendendo-as, contudo, como parte do tratamento. Ainda nessa direção, esses participantes referiram maior vinculação com a CT como instituição (ou com os monitores) do que com o grupo de iguais. Os indicadores do MMPI-IRF e do TAT na fase pós-CT sugeriram redução das dificuldades vivenciadas no início do tratamento, em especial para o primeiro subgrupo, ainda que os dados do TAT mostrem um aumento dos expedientes de idealização ao longo das histórias. Tais expedientes, contudo, apresentaram-se junto com elementos defensivos mais maduros no segundo subgrupo, por meio do uso de mecanismos de reparação, sugerindo uma visão do grupo de iguais com menor temor ou idealização e ênfase nas iniciativas individuais para catalisar os aspectos positivos do grupo.

No *Domínio 1.2 (Modelo de Atuação)*, os participantes apresentaram poucos indicadores positivos na fase pré-CT. Francisco, do segundo subgrupo, relatou ter sido convidado a se tornar monitor de uma CT no final de uma internação anterior, enquanto que quatro deles (Adalberto e Caio, do primeiro subgrupo, e Diego e Geraldo, do segundo) referiram praticar esportes, o que pode ser entendido como fator protetivo. Contudo, três participantes do primeiro subgrupo (Adalberto, Benedito e Caio) referiram dificuldades de convivência com o grupo de internos. Nas histórias do TAT da fase pré-CT,

todos os participantes referiram situações nas quais os protagonistas se preocupavam com o bem-estar de outrem, sugerindo a projeção do desejo de ser protegido e o uso de mecanismos defensivos de idealização. Tais expedientes podem ser compreendidos como uma tentativa de atender às expectativas da CT, em um momento no qual as mesmas eram experimentadas pelos participantes como distantes e pouco claras.

Na fase pós-CT, três participantes foram convidados a fazer parte da equipe da instituição, sendo um do primeiro subgrupo (Diego, que passou a se responsabilizar pela horta e os animais) e dois do segundo (Émerson e Francisco), que se tornaram monitores de tratamento, responsáveis por grupos de discussão e aconselhamento de internos. Esse dado sugere o desenvolvimento desses participantes na Dimensão Modelo de Atuação.

Todos os participantes referiram que suas expectativas quanto ao tratamento foram atendidas, ainda que o segundo subgrupo tenha referido dificuldades a serem superadas, sugerindo menor idealização de si mesmos. Nas histórias do TAT, houve aumento de indicadores relacionados ao Domínio 1.2: Modelo de Atuação (131 contra 72 na fase pré-CT), sugerindo maior identificação com as expectativas do mesmo. As histórias do primeiro subgrupo apresentaram mais expedientes de idealização e maior referência ao ambiente como fonte de apoio e auxílio do que as histórias do segundo, sugerindo menor autonomia pessoal, um indicador do Domínio 3.1 (Maturidade; a ser analisado em seguida), também relacionado ao Domínio Modelo de Atuação.

Dimensão 2 (Socialização). A Dimensão 2 é composta pelos Domínios *Desvio Social*, *Habilitação* e *Valores de Bem Viver*. No primeiro deles, foram observadas importantes mudanças na fase pós-CT em relação à pré-CT, especialmente no segundo subgrupo. No início do tratamento, todos os participantes apresentavam diversos indicadores de funcionamento antissocial, à exceção de um participante do segundo subgrupo (Geraldo), sem histórico criminal anterior.

A maioria dos participantes apresentou tendência à elevação na escala Pd (Desvio Psicopático) do MMPI-IRF, sugerindo a presença de frequentes vivências antissociais. No TAT, foram encontrados 99 indicadores de funcionamento antissocial no conjunto das histórias, sendo a maioria de influência decisiva para o desfecho das narrativas. Na fase Pós-CT, os participantes referiram melhora nos relacionamentos com familiares e maior crítica em relação ao abuso de drogas como uma forma ineficaz de lidar com dificuldades pessoais. Constatou-se, ainda, diminuição dos indicadores de funcionamento antissocial no TAT de 99 para 56, sendo que apenas metade destes exerceu influência decisiva para o desfecho. Apesar disso, dois participantes do primeiro subgrupo (Benedito e Caio) ainda apresentavam sinais de funcionamento antissocial, em histórias no TAT com evidentes sinais de passividade e recurso ao ambiente para contenção dos impulsos.

No *Domínio 2.2 (Habilitação)*, apenas um participante (Émerson, do segundo subgrupo) mantinha vínculo empregatício, como autônomo, na fase pré-CT, enquanto os restantes se encontravam desempregados e com afastamento trabalhista por motivo de doença. Na fase pós-CT, três participantes foram empregados pela CT, conforme já referido. No TAT, os participantes criaram, na fase pós-CT, menos histórias em que os heróis (ou o conjunto) apresentavam alguma dificuldade que impedia a realização de um trabalho ou que colocava dificuldades para que os protagonistas alcançassem seus objetivos, como estudar e exercer atividades profissionais (sete indicadores contra 46 na fase pré-CT). Contudo, os subgrupos diferiram na apresentação desse processo, com o primeiro apresentando mais histórias com soluções dos conflitos pouco detalhadas, sugerindo menor eficácia dos recursos criativos e de elaboração psíquica. Já o segundo subgrupo apresentou histórias mais elaboradas, ainda que com sinais de ansiedade relacionada à tarefa proposta, sugerindo preocupação com o próprio desempenho.

No *Domínio 2.3 (Valores de Bem Viver)*, na fase pré-CT, os participantes referiram poucos sentimentos de pertença ao grupo, parecendo se vincular mais aos ideais da instituição e a uma visão individualizante do tratamento. Três participantes do primeiro subgrupo e dois do segundo tiveram altos escores (acima de T70) na escala Pd (Desvio Psicopático) do MMPI-IRF, sugerindo o uso de expedientes antissociais que dificultam a aquisição dos valores descritos por esse domínio. No TAT, a satisfação das necessidades dos heróis foi predominantemente percebida como dependente de suas próprias ações, com equilíbrio entre o sucesso e o fracasso, ou incerteza quanto a seus resultados. Os heróis tenderam a apresentar mais atributos negativos do que positivos, indicando baixo nível de autoconfiança.

Na fase pós-CT, todos os participantes referiram melhoras relacionadas no Domínio 2.3. O primeiro subgrupo revelou melhoras na autoconfiança e na valorização do trabalho, e o segundo referiu ter desenvolvido sentimentos de responsabilidade com a CT e desejo de ajudar pessoas com dificuldades semelhantes. Do mesmo modo que os dados do MMPI-IRF mostram redução dos expedientes antissociais, à exceção de um participante do primeiro subgrupo, os indicadores nas histórias do TAT sugerem melhora no nível de autoconfiança, com aumento da proporção de atributos positivos dos heróis e redução de 25 para duas histórias com desfecho do tipo Fracasso (histórias nas quais as necessidades do herói não são satisfeitas, segundo Morval, 1982). Tal processo se apresentou de forma mais amadurecida no segundo subgrupo do que no primeiro, o qual, por sua vez, evidenciou maior uso de expedientes de idealização.

Dimensão 3 (Desenvolvimento). No primeiro Domínio dessa dimensão (Maturidade), todos os participantes referiram situações de descontrole dos impulsos na fase pré-CT, um dos indicadores relativos a esse Domínio. Além disso, os participantes atribuíram extrema importância ao tratamento na CT e à abstinência de substâncias psicoativas das quais eram dependentes; contudo, apenas três participantes (Adalberto, Benedito

e Caio, do primeiro subgrupo) referiram preocupação com o uso de tais substâncias após o início do tratamento, sugerindo dependência do ambiente (no caso, a CT) como forma de conter os próprios impulsos (Winnicott, 1952/2000).

No MMPI-IRF, quatro participantes apresentaram escores abaixo da média na escala K (Defensividade), indicando ineficácia dos recursos defensivos perante as vivências afetivas (Trimboli, & Kilgore, 1983). No TAT, as relações com figuras de autoridade (um dos indicadores relativos a esse domínio) mostraram-se diferentes nos dois subgrupos. No primeiro, tais relações foram permeadas pela necessidade de oposição (por vezes, antissocial), por parte do herói ou do meio a que ele se opôs. No segundo subgrupo, tais relações foram permeadas por conflitos na busca por proteção, em termos do incentivo das figuras de autoridade ora à dependência, ora à autonomia.

Na fase pós-CT, todos os participantes referiram melhora no controle dos impulsos, com o segundo subgrupo mostrando maior consciência de suas limitações nessa direção e o desejo de lidar com tal dificuldade. As mudanças referidas pelos participantes foram sentidas como radicais; um dos participantes (Geraldo, do segundo subgrupo) afirmou que *“o dependente químico é oito ou oitenta, ou muda radical ou volta a usar droga, é fato”*. Os dados do MMPI-IRF nessa fase sugerem menor sofrimento psíquico, com duas ocorrências de escores acima da média para as escalas clínicas contra 10 na fase pré-CT e duas ocorrências de escores abaixo da média na escala K contra quatro no início do tratamento, além de 30% menos ocorrências de escores tendendo a elevados (20 ocorrências na fase Pré-CT, comparadas a 14 na fase Pós-CT). Nas histórias do TAT, os participantes apresentaram mais indicadores relacionados ao Domínio Maturidade (62 contra 38 na fase pré-CT), com o primeiro subgrupo apresentando menos histórias com heróis pouco dependentes do meio em relação ao segundo. Nas histórias em que aparecem relacionamentos com figuras de autoridade,

o primeiro subgrupo os apresentou de forma mais flexível do que na fase pré-CT, enquanto o segundo descreveu tais figuras com sentimentos ambivalentes, visto que elas restringem a autonomia, ainda que ofereçam proteção, sugerindo relações objetais mais amadurecidas com tais figuras do que o primeiro subgrupo.

No Domínio 3.2 (*Responsabilidade*), com relação ao tipo de *locus* de controle (um dos indicadores desse Domínio), dois participantes do primeiro subgrupo (Benedito e Caio) apresentaram dificuldade em perceber sua própria participação nas situações interpessoais e suas próprias vivências emocionais, indicando um *locus* de controle predominantemente externo. Os dados do MMPI-IRF mostram que, apesar de a maior parte dos participantes ter apresentado escores dentro da média para as escalas relacionadas a vivências de culpa (D, HY, PD, PT, PA, MA, segundo Trimboli, & Kilgore, 1983), cinco dos sete participantes apresentaram indicadores de dificuldades no manejo de tais vivências, podendo fazer uso de projeção (Pd) ou de defesas obsessivas (Pt). Além disso, três participantes apresentaram escores elevados ou tendendo a elevados nas escalas Pa (Paranoia) e Ma (Hipomania), sugerindo problemas no manejo de vivências de culpa, o que favorece o uso de defesas maníacas. Contudo, para as escalas restantes (Hs, D, Hy – as denominadas *escalas neuróticas*, segundo Trimboli, & Kilgore, 1983), a maioria dos escores está situada na média, sugerindo equilíbrio nas vivências de culpa por mecanismos de linhagem neurótica. Deve-se, contudo, considerar essa hipótese com cautela para o primeiro subgrupo, que também apresentou elevações nas chamadas *escalas psicóticas* (Pd, Pa, Sc e Ma, segundo Barbieri, 1996).

No TAT, 25 dos 31 indicadores relativos a esse domínio exerceram influência decisiva para o desfecho na maioria das histórias na fase pré-CT, em situações em que o meio favorecia ou eliciava o exercício da responsabilidade, desempenhando, na maior parte das histórias, um papel importante, mas não fundamental para seu desfecho. Contudo, as histórias de todos os participantes apresentaram indícios

de uso de mecanismos de defesa baseados na idealização, tornando a interpretação direta dos indicadores nesse domínio bastante limitada. Desse modo, pode-se afirmar que tais indicadores – em sua maioria de influência decisiva e positiva para o desfecho das histórias – refletem os anseios dos participantes em exercitarem sua responsabilidade e autonomia, e não a integração de tais vivências ao funcionamento da personalidade.

Na fase pós-CT, como já referido anteriormente, os participantes apresentaram menor intensidade de comportamentos antissociais e menor sofrimento psíquico, favorecendo o desenvolvimento de comportamentos mais maduros e maior confiança, tanto no meio como em si próprios. Nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa, houve apenas uma ocorrência de escore acima da média ao final do tratamento, contra cinco ocorrências na fase pré-CT, além do aumento de escores dentro da média. Nas histórias do TAT, a proporção de indicadores relacionados ao Domínio 3.2 (Responsabilidade) e sua influência para o desfecho foi semelhante à observada na fase pré-CT. Contudo, a percepção da influência do meio foi diferente ao final do tratamento, com o aumento de histórias nas quais este não foi determinante para o desfecho, o que sugere um *locus* de controle mais internalizado do que na fase pré-CT.

Discussão

Os resultados sugerem que o tratamento na CT promove melhoras no funcionamento psicológico, ainda que em diferentes graus, dependendo do nível de integração dos recursos da personalidade. Na dimensão Membro da Comunidade, os dados da fase pós-CT mostram que os participantes vivenciaram sentimentos de gratidão à CT e maior confiança nos relacionamentos interpessoais. Contudo, apenas um participante se referiu ao grupo de iguais como uma peça importante do tratamento, enquanto os restantes enfatizaram a espiritualidade (primeiro subgrupo) ou as relações com membros da equipe da CT (segundo subgrupo). Dessa forma, pode-se afirmar que a agregação à CT

foi aquém do descrito por De Leon (2003), que enfatiza a importância do grupo de iguais como elemento terapêutico. Apesar disso, Dermatis, Salke, Galanter e Bunt (2001) observaram menor nível de coesão grupal em internos ao final do tratamento, sugerindo que tal fenômeno é esperado, a fim de que o indivíduo possa retomar um maior nível de autonomia quando estiver fora da CT.

Machado e Veloso (2011), ao avaliarem a confiança de internos de uma CT portuguesa e sua relação com a adesão ao tratamento, constataram dois níveis de confiança diferentes, relativos à instituição (como modalidade de tratamento) ou aos técnicos da equipe profissional. Apesar de Machado e Veloso (2011) terem investigado instituições mais estruturadas do que a descrita no presente estudo, os resultados apontam na mesma direção, sugerindo maior vinculação dos internos à CT como modalidade de tratamento, ou a profissionais específicos da equipe, do que ao grupo de iguais. Contudo, a não disponibilidade de dados sobre os participantes estudados em fases intermediárias do tratamento impossibilita um exame mais rigoroso de suas vivências de grupo, nos mesmos moldes do estudo de Dermatis et al. (2001).

Machado e Veloso (2011) não abordaram a confiança dos internos entre si, assim como Dermatis et al. (2001) o fizeram. Tal fenômeno, bem como sua importância para a adesão ao tratamento, ainda são pouco reportados na literatura empírica em língua portuguesa sobre a CT. A despeito disso, vale ressaltar que os dados aqui apresentados convergem com os reportados por Machado e Veloso (2011), que afirmam que a confiança na CT se refere à identificação dos internos com os valores e princípios promovidos por essas instituições, bem como à crença em sua eficácia.

A melhora na dimensão 1.2 (Modelo de Atuação) foi particularmente saliente para os três participantes que se tornaram membros da equipe da CT. Ao nível psicodinâmico, o segundo subgrupo pareceu internalizar o Modelo de Atuação de forma mais madura do que o primeiro, o que sugere melhor aproveitamento do tratamento.

Na dimensão 2 (Socialização), muitas das mudanças observadas podem ser compreendidas a partir do conceito de tendência antisocial proposto por Winnicott (1952/2000). Nessa vertente, os comportamentos antissociais relatados pelos participantes podem ser entendidos como expressão da busca por um objeto continente, a fim de “suportar o embate do comportamento impulsivo” (p. 411), vivida com fracasso até a busca por tratamento. Essa hipótese permite compreender os resultados observados no domínio 2.1, no qual a tendência antissocial observada na fase Pré-CT se mostrou mais amena ao final do tratamento, sugerindo a introjeção de elementos que, em diferentes extensões, promoveram a satisfação das privações vivenciadas pelos participantes. Dessa forma, pode-se afirmar que, para o primeiro subgrupo, a introjeção desse objeto foi incompleta e permeada por insegurança e dependência do meio ou pela distorção do objeto via dissociação. Já o segundo subgrupo, ao introjetar um objeto continente na fase pós-CT, pareceu reparar o próprio objeto interno (Winnicott, 1952/2000), o que permite retomar o desenvolvimento emocional outrora interrompido com maior autonomia do que o primeiro subgrupo.

No domínio 3.2 (Habilitação), os resultados evidenciam representações sobre o trabalho mais amadurecidas ao final do tratamento em relação à fase pré-CT, quando se observou o predomínio de mecanismos de idealização associados a tais representações. Dessa forma, pode-se afirmar que o trabalho transitou de uma categoria idealizada para uma valorizada. Deve-se acrescentar que a CT, durante o período da coleta de dados, passou a valorizar o trabalho como dimensão de desenvolvimento pessoal (vide o domínio Valores de Bem Viver) e fator protetivo contra a recaída.

Na dimensão 3 (Desenvolvimento), os dados sugerem que os participantes se apresentaram mais maduros e responsáveis na fase pós-CT, considerando a definição de tais domínios sugerida por De Leon (2003). Dentre tais resultados, os relacionamentos com figuras de autoridade se mostraram menos conflituosos ao final do tratamento, considerando os

indicadores do TAT. Para Olivenstein (1990, citado por Kessler et al., 2003), o uso de substâncias psicoativas surge no seio de um desafio à Lei e aos limites incutidos à criança, papel exercido em especial pela figura paterna. Nesse sentido, os resultados obtidos sugerem que os participantes do segundo subgrupo apresentam maior possibilidade de desenvolver mecanismos mais socializados para se relacionarem com figuras de autoridade. Utilizando a metáfora de Winnicott (1952/2000) de “descongelamento” do desenvolvimento emocional, é possível afirmar que os participantes do segundo subgrupo apresentam melhores condições do que os do primeiro para estabelecerem novos modelos de relação com tais figuras, apresentando menor necessidade de oposição e maior uso de expedientes de reparação e sublimação.

No domínio 3.2 (Responsabilidade), os dados mostraram que o primeiro subgrupo apresentou melhora modesta, por meio de diferentes indicadores em cada participante. Enquanto dois deles apresentaram funcionamento psicótico (cujas falhas na discriminação eu-objeto dificultam a assunção de um *locus* de controle interno), os dois participantes restantes apresentaram indicadores de dependência do meio como suporte para o desenvolvimento da autonomia. Apesar de modesta, deve-se ressaltar a melhora observada nesse subgrupo em relação à fase pré-CT, na qual os participantes apresentavam ambivalência quanto a se envolverem no tratamento e mesmo em relação ao uso de drogas e aos prejuízos associados, além de maior funcionamento antissocial. Esses resultados sugerem que houve favorecimento do exercício da Responsabilidade, ao permitir o desenvolvimento de um *locus* de controle interno. Entretanto, o uso predominante de expedientes da idealização, apresentado por todos os participantes na fase pós-CT, sugere que a ênfase no exercício desse domínio se constitui mais em uma decorrência deles do que uma conquista, advinda do desenvolvimento emocional.

Nesse sentido, pode-se pensar que os participantes projetaram no TAT não apenas

como se veem, mas como gostariam de ser, repetindo, durante a avaliação, as vivências de introjeção de um novo modelo de atuação. Dessa forma, os indicadores nesse instrumento permitem delinear um quadro com as possibilidades de exercício da Responsabilidade, e não necessariamente de seus expedientes concretos.

Em síntese, os resultados obtidos sugerem que um dos maiores desafios para os participantes ao final do tratamento, com relação ao domínio 3.2 (Responsabilidade), diz respeito ao desenvolvimento da autonomia em oposição à excessiva dependência do meio externo para assegurar a estabilização interna, sejam esses meios concretos e mágicos (substâncias psicoativas) ou advindos das relações interpessoais. Tal autonomia implica não apenas nos componentes desse domínio, mas na sua intersecção com o anterior (Maturidade), no sentido de um *locus* de controle predominantemente interno, que possibilite o uso de recursos para lidar com a invasão impulsiva e afetiva, reduzindo o uso de expedientes baseados na projeção complementar ou catártica.

Considerações finais

O presente estudo oferece evidências que contribuem para preencher uma lacuna na literatura. Em última instância, ilustram um problema maior do que a escassez de estudos acadêmicos sobre a CT. Levantamentos como o de Siqueira et al. (2007), no Espírito Santo, mostram uma tendência também observada em São Paulo, ou seja, da presença crescente da CT como alternativa aos modelos vigentes de atenção em saúde para o abuso de drogas, tendo em vista as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal posição é polêmica por colocar em questão as dificuldades do Poder Público em efetivar um sistema de tratamento eficaz e também uma tensão entre saberes não acadêmicos e aqueles definidos como científicos.

Se, por um lado, observa-se que alguns princípios da filosofia da CT se baseiam em modelos essencialmente morais de tratamento da dependência de substâncias, por outro

essa mesma filosofia congrega princípios de convivência comunitária e inserção social que se aproximam daqueles preconizados pelas atuais políticas públicas em saúde, em especial a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004). Dessa forma, parece ser necessário que a pesquisa não despreze as possibilidades que essa modalidade de tratamento oferece, mas viabilize meios de aprimorar suas intervenções.

O psicólogo Saulo Monte Serrat, presidente da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRCT), em entrevista à revista *Comciência*, conta que sua aproximação inicial com a CT se deu pelo interesse em unir pesquisa e prática (Monte Serrat, 2002). Esse compromisso parece ter se distanciado dos ambientes acadêmicos, levando a estereotipias de ambos os lados, o que impede uma apreciação realista dos alcances e limites desse modelo de tratamento (vide Arnau, 2006, que ilustra um processo semelhante ocorrido na Espanha).

Machado e Veloso (2011), a partir dos resultados de estudo que investigou a confiança na CT, recomendam que essas instituições destaquem seus valores e casos de sucesso como forma de aumentar a confiança dos internos, visto que essas dimensões parecem ser mais importantes do que o estabelecimento de confiança na relação terapêutica individual (interno-profissional da CT). Ao se considerarem as diferenças entre a CT aqui descrita e as instituições estudadas por Machado e Veloso (2011), a recomendação desses autores deve ser relativizada para o contexto brasileiro, haja vista a necessidade de aprimorar a qualidade da atenção oferecida por tal modelo, que apresenta mais casos de precarização do que de excelência no momento atual.

No presente estudo, advoga-se uma concepção de CT como instituições que oferecem uma importante contribuição para a compreensão e tratamento de uma parcela de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Para tanto, tais instituições dependem de instalações adequadas

às necessidades dos indivíduos atendidos e equipes multidisciplinares integradas, que possam oferecer atenção em diferentes níveis, visando ao tratamento de pessoas e não de problemas, a partir de um modelo teórico coeso e com implicações práticas claramente definidas. Tais desafios não são apenas da CT, mas de todo o sistema de atenção à saúde mental no Brasil.

Nesse sentido, os desafios para a evolução da CT no país parecem residir na busca de seu constante aprimoramento e

profissionalização, além de maior aproximação com a pesquisa científica, visando ao enriquecimento tanto das intervenções nessas instituições como da compreensão e aperfeiçoamento dos fatores associados a resultados positivos.

Quanto às limitações do estudo, deve-se considerar a transposição dos resultados apresentados para outros contextos com cautela, considerando o caráter exploratório do presente estudo, uso de uma amostra reduzida e análise qualitativa dos dados.

Alessandro Antonio Scaduto

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP. Brasil. Apoio financeiro: CAPES, FAPESP.

E-mail: aascaduto@uol.com.br

Valéria Barbieri

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP. Brasil. Apoio financeiro: FAPESP.

E-mail: valeriab@ffclrp.usp.br

Manoel Antônio dos Santos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP. Brasil. Apoio financeiro: FAPESP.

E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Endereço para envio de correspondência:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre. CEP: 14040-901. Ribeirão Preto – SP. Brasil.

Recebido: 02/05/2013, Aprovado: 03/07/2015.

Referências

- Alves, F. M. (2006). O tratamento da drogadição em uma perspectiva psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2). Recuperado em 13 de março de 2013, de <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/FlaviaAlves.pdf>
- Arnau, D. C. (2006). Comunidades terapêuticas: La transformación invisible. *Adicciones*, 18(4), 323-326.
- Arzeno, M. E. G. (1995). O estudo do material coletado. In *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições* (pp. 179-185). Porto Alegre: Artmed.
- Barbieri, V. (1996). *Alcances e limitações da forma IRF do MMPI na avaliação de indivíduos não alfabetizados da população brasileira*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Brasil. (2004). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2a ed. rev. e ampl.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2001), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Normas mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de drogas psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas* (RDC Nº 101). Brasília, DF: Anvisa. Recuperado em 13 de março de 2013, de http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms__anvisa.pdf
- Brasil. (2010). Decreto nº 7.179, de 20 de maio 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, de 21 de maio de 2010. Recuperado em 16 de março de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm
- Carlini, E. A. (2005). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Recuperado em 16 de março de 2013, de <http://obid.senad.gov.br/OBID/Diversos/salvarlocal.jsp?id=17770>
- Carroll, J. F. X., & McGinley, J. J. (2000). An agency follow-up outcome study of graduates from four inner-city therapeutic community programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), 103-118. doi:10.1016/S740-5472(99)00036-7
- Dekel, R., Benbenishty, R., & Amram, Y. (2004). Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1833-1837. doi:10.1016/j.addbeh.2004.01.009
- De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica: Teoria, modelo e método* (A. Sobral, C. Bertalotti, & M. S. Gonçalves, trads.). São Paulo, SP: Loyola.
- Dermatis, H., Salke, M., Galanter, M., & Bunt, G. (2001). The role of social cohesion among residents in a therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), 105-110. doi:10.1016/S740-5472(01)00183-0
- Fals-Stewart, W. (1992). Personality characteristics of substance abusers: An MCMI cluster typology of recreational drug users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 59(3), 515-517. doi:10.1207/s15327752jpa5903_7
- Fracasso, L. (2002). Características da Comunidade Terapêutica. *ComCiência - Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*. Recuperado em 16 de março de 2013, de <http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas07.htm>
- Hser, Y., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S., Fletcher, B. W., Brown, B. S. et al. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689-695. doi:10.1001/archpsyc.58.7.689
- Kessler, F., Diemen, L., Segnanfredo, A. C., Brandão, I., Saibro, P., Scheidt, B. et al. (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 33-41. doi:10.1590/S0101-81082003000400005
- Machado, L. A., & Veloso, A. (2011). O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 523-532. doi:10.1590/S0102-79722011000300013

- Meloni, J. N., & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(supl. 1), 7-10. doi:10.1590/S1516-44462004000500003
- MonteSerrat, S. (2002). Comunidades terapêuticas: Mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos. *ComCiência - Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*. Edição especial sobre drogas. Recuperado em 16 de março de 2013, de <http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm>
- Morval, M. V. G. (1982). *Le TAT et le fonctions du moi: Propédeutique à l'usage du psychologue clinicien* (2a ed.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Murray, H. A. (2005). *Teste de Apercepção Temática* (3a ed., adaptação e padronização brasileira: Maria Cecília Vilhena da Silva). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1943).
- Raupp, L. M., & Milnitisky-Sapiro, C. (2008). A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 361-368. doi:10.1590/S0102-37722008000300013
- Scaduto, A. A., & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 605-614. doi:10.1590/S1413-81232009000200029
- Silva, J. A., & Garcia, M. L. T. (2004). Comunidades terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no Estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(4), 243-252.
- Siqueira, M. M., Barbosa, D. A., Laranjeira, R., & Hopkins, K. (2007). Psychoactive substances and the provision of specialized care: The case of Espírito Santo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(4), 315-323. doi:10.1590/S1516-44462006005000043
- Smith, L. A., Gates, S., & Foxcroft, D. (2009). Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. In *The Cochrane Library*, 5, 2015 [Base de dados]. doi:10.1002/14651858.CD005338.pub1. Recuperado em 16 de março de 2013, de <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD005338>
- Trimboli, F., & Kilgore, R. B. (1983). A psychodynamic approach to MMPI interpretation. *Journal of Personality Assessment*, 47(6), 614-626. doi:10.1207/s15327752jpa4706_6
- Valderrutén, M. C. C. (2008). Entre "teoterapias" y "laicoterapias": Comunidades terapêuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 80-90. doi:10.1590/S0102-71822008000100009
- Verachai, V., Punjawatnun, J., & Perfas, F. (2003). The results of drug dependence treatment by therapeutic community in Thanyarak Institute on Drug Abuse. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 86(5), 407-414.
- Vieira, C. (2007). A comunidade terapêutica: Da integração à reinserção. *Revista Toxicodependências*, 13(3), 15-22.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952).