



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**O tratamento de dependentes de substâncias
psicoativas numa comunidade terapêutica:
estudo através da avaliação psicológica**

Alessandro Antonio Scaduto

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia

Ribeirão Preto

2010

ALESSANDRO ANTONIO SCADUTO

O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Barbieri

Ribeirão Preto

2010

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Scaduto, Alessandro Antonio.

O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica / Alessandro Antonio Scaduto; Orientadora: Valéria Barbieri. – Ribeirão Preto, 2010.

170 f. : il.; 30cm

Dissertação (Mestrado)--Universidade de São Paulo, 2010.

1. Comunidades Terapêuticas. 2. Abuso de Substâncias.
3. Avaliação Psicológica. 4. TAT. 5. MMPI-IRF.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SCADUTO, Alessandro Antonio

Título: O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas que exerceram papel fundamental para que ele fosse realizado: meus pais Vicente e Ana, pelo amor, apoio e incentivo incondicional nos momentos de alegria e de tensão dessa fase de minha vida; à minha esposa Iara, que no início dessa fase era ainda minha noiva e que aceitou compartilhar comigo um caminho de vida que inclui nossa formação acadêmica – sem vocês, todo o esforço para a realização desse trabalho teria muito menos sentido. Também dedico esse trabalho à Profa. Dra. Valéria Barbieri, orientadora que no melhor sentido winnicottiano do termo foi suficientemente boa, amparando-me nos momentos de ansiedade e dúvida e permitindo construir minha própria experiência acadêmica ao longo desses cinco anos juntos. Ainda devo incluir minha terapeuta Carla, por me auxiliar durante os últimos três anos a me desenvolver como pessoa, além de diversos familiares, amigos e colegas de trabalho sem cujo apoio não poderia ter terminado esse trabalho, e cujos nomes lotariam esta e mais páginas – a vocês, minha gratidão e respeito. Por fim, este trabalho é dedicado aos participantes da pesquisa, a quem agradeço pela disposição em colaborar e me ensinar com suas experiências de vida marcadas pelo sofrimento e pela esperança.

“(…) quando eu deixei alguém comandar a minha vida, passei a ter a mente aberta para o que eles tinham a dizer, até a minha vida tomar um rumo. É que nem quando você está num bar, bêbado, e dá a chave do carro pra outro dirigir, pra te conduzir por novos caminhos, novos rumos.”
(Émerson [nome fictício], 36 anos, sobre o tratamento numa comunidade terapêutica)

Capa: Os Bêbados ou Festejando o S. Martinho (1907, óleo sobre tela, 150 x 200 cm)
Museu José Malhoa – Caldas da Rainha, Portugal.

RESUMO

SCADUTO, A. A. **O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica.** 2010, 170 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Frente ao custo social dos quadros de abuso e dependência de substâncias psicoativas, diversos modelos explicativos têm sido propostos, sejam eles baseados em preceitos morais, religiosos, experiências de grupos de autoajuda ou na pesquisa científica. As Comunidades Terapêuticas (CTs) são uma modalidade de atendimento a usuários abusivos e dependentes de substâncias psicoativas que se baseiam em vários desses modelos, que se mostram bastante diversas em sua organização e nos serviços oferecidos, mas relativamente coesas em termos dos seus princípios. Diversos estudos têm tentado explicar os aspectos relacionados a esse modelo de tratamento, sugerindo sua eficácia. Apesar disso, existem poucas pesquisas compreensivas acerca das mudanças psicológicas que ocorrem nas pessoas que passam por esse tipo de instituição. No Brasil, a escassez de trabalhos acadêmicos sobre as CTs aponta para a necessidade de estudos sobre seus componentes terapêuticos, a fim de conhecer melhor os alcances e limites desse tipo de tratamento. A presente investigação visou estudar as mudanças psicológicas de pessoas que passaram por tratamento numa CT da região de Ribeirão Preto (SP), por meio de entrevistas de avaliação no início e no final de sua internação. Os participantes do estudo foram sete homens entre 21 e 35 anos de idade, nível socioeconômico médio-baixo e dependentes de crack (predominantemente), cocaína e álcool. Para a realização das avaliações, foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturado, o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade, *Improved Readability Form* (MMPI-IRF) e cartões selecionados do Teste de Apercepção Temática (TAT). Os dados obtidos foram categorizados e analisados a partir de dimensões e domínios do processo de mudança na CT, conforme embasamento teórico de autores da área. O conjunto de dados foi interpretado a partir de teorias psicodinâmicas de personalidade. Os resultados mostram que o tratamento promoveu melhoras no funcionamento psicológico em graus diferentes para dois subgrupos de participantes, em todas as dimensões do processo de mudança. Os resultados são discutidos em termos das diferenças entre os subgrupos em aspectos como a estrutura e o nível de funcionamento da personalidade e qualidade da introjeção das experiências durante o tratamento. Ainda, são feitas considerações acerca do método de pesquisa adotado e dos alcances e limites do tratamento em CTs e sugestões para estudos futuros no Brasil.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas, Abuso de Substâncias, Avaliação Psicológica, TAT, MMPI-IRF.

ABSTRACT

SCADUTO, A. A. **Substance abusers' treatment in a therapeutic community: study through psychological assessment.** 2010, 170 p. Dissertation (Master in Sciences Degree) – Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2010.

Considering the high social cost of substance abuse and dependence, several models have been proposed, based on moral and/or religious principles, self-help groups' experiences or scientific research. The Therapeutic Community (TC) is a treatment modality for substance abusers based in many of the models above, which shows a variety in terms of its organization and services offered, as well as a relatively cohesion of principles along these institutions. Several studies have been trying to explain the aspects related to such treatment modality, suggesting its efficacy. In spite of this, there are few comprehensive studies regarding the psychological changes people treated in the CT go through. In Brazil, the lack of academic studies on the TC suggests the need of comprehending its therapeutic components, in order to point out both flaws and successful points of such treatment modality. The present study aimed to study the psychological changes of people treated in a TC in the region of Ribeirão Preto (State of São Paulo – Brazil), who were interviewed both in the beginning and the end of their stay in the institution. The participants were seven men, aged between 21 and 36 years old, average-low socioeconomic level who were predominantly crack abusers, with cocaine and alcohol dependents also included. In order to perform the assessment, the instruments used were a semi-structured interview guide, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Improved Readability Form (MMPI-IRF) and selected cards of the Thematic Apperception Test (TAT). All data was categorized and analyses using the dimensions and domains of the change process in the TC, according to the theoretical frame of authors in this field. Still, the data set was analyzed from a psychodynamic theoretical frame. The results show that the treatment promoted improvements in psychological functioning in different degrees for two subgroups of participants, along all dimensions of the change process. These results are discussed in terms of the differences observed in terms of level of psychological functioning and structure of the personality, as well as the introjection quality of treatment-related experiences. Still, considerations are made regarding the research method adopted and both high points and flaws of the treatment on the TC and the status of directions for future research in Brazil.

Keywords: Therapeutic Communities, Substance Abuse, Psychological Assessment, TAT, MMPI-IRF.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Experiências essenciais relacionadas à mudança individual durante o tratamento em CTs.....	37
Tabela 2.	Percepções essenciais relacionadas à mudança individual durante o tratamento em CTs.....	38
Tabela 3.	Dimensões e domínios relacionados ao processo de mudança após o tratamento em CTs.....	39
Tabela 4.	Caracterização dos participantes do presente trabalho.....	48
Tabela 5.	Escalas de validade e clínicas do MMPI.....	50
Tabela 6.	Cartões do TAT usadas no presente estudo e temas latentes mobilizados por elas.....	53
Tabela 7.	Categorias e subcategorias utilizadas para a análise dos protocolos do TAT no presente estudo.....	55
Tabela 8.	Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão de Membro da Comunidade.....	57
Tabela 9.	Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão de Socialização.....	58
Tabela 10.	Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão de Desenvolvimento.....	59
Tabela 11.	Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão Psicológica.....	60
Tabela 12.	Distribuição dos escores T dos participantes do estudo nas escalas Pa e Si do MMPI-IRF na fase Pré-CT.....	65
Tabela 13.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionadas a situações de grupo na fase Pré-CT, quanto ao grau em que favorecem relacionamentos grupais e sua influência no desfecho das histórias.....	66
Tabela 14.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao	

	domínio 1.2 (Modelo de Atuação) na fase Pré-CT, quanto ao grau de coerência com as expectativas da CT e sua influência no desfecho das histórias.	69
Tabela 15.	Pontuações em escalas relacionadas ao uso, tratamento e abstinência de álcool, crack e cocaína pelos participantes na fase Pré-CT.....	71
Tabela 16.	Distribuição dos escores T nas escalas L, F, Pd e Ma do MMPI-IRF dos participantes do estudo na fase Pré-CT.	72
Tabela 17.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT de natureza antissocial na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.....	72
Tabela 18.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados a situações de trabalho ou estudo na fase Pré-CT, quanto ao grau em que favorecem a realização do trabalho e sua influência no desfecho das histórias.	74
Tabela 19.	Categorização dos atributos dos heróis nas histórias do TAT durante a fase Pré-CT, quanto ao seu tipo.	77
Tabela 20.	Categorização dos desfechos das histórias do TAT durante a fase Pré-CT, quanto ao grau no qual as necessidades dos heróis foram satisfeitas.	77
Tabela 21.	Escores fora da média nas escalas do MMPI-IRF durante a fase Pré-CT.....	79
Tabela 22.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.1 (Maturidade) na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.....	80
Tabela 23.	Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa durante a fase Pré-CT.	83
Tabela 24.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.2 (Responsabilidade) na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.....	84
Tabela 25.	Categorização do meio (ou conjunto) das histórias do TAT na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.....	84
Tabela 26.	Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas ao Domínio 4.1 (Habilidades Cognitivas) durante a fase Pré-CT.....	87
Tabela 27.	Indicadores relacionados à qualidade formal das histórias do TAT produzidas durante a fase Pré-CT.....	88
Tabela 28.	Indicadores relacionados à conduta dos heróis (tipo e estilo) e à pressão do	

	meio sobre estes, nas histórias do TAT produzidas na fase Pré-CT.....	90
Tabela 29.	Relação dos cartões escolhidos como favoritos e preteridos pelos participantes na fase Pré-CT.	92
Tabela 30.	Síntese do funcionamento afetivo a partir dos protocolos do MMPI-IRF nos participantes do estudo na fase Pré-CT.....	93
Tabela 31.	Categorização das vivências emocionais dos heróis das histórias do TAT na fase Pré-CT, de acordo com sua tonalidade afetiva.	94
Tabela 32.	Distribuição dos escores T dos participantes do estudo nas escalas Pa e Si do MMPI-IRF nas fases Pré-CT e Pós-CT.	97
Tabela 33.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionadas a situações de grupo nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau em que favorecem relacionamentos grupais e sua influência no desfecho das histórias.	98
Tabela 34.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao domínio 1.2 (Modelo de Atuação) nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau de coerência com as expectativas da CT e sua influência no desfecho das histórias.	100
Tabela 35.	Distribuição dos escores T nas escalas L, F, Pd e Ma do MMPI-IRF dos participantes do estudo nas fases Pré-CT e Pós-CT.....	103
Tabela 36.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT de natureza antissocial nas fases Pré-CT e Pós-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.....	103
Tabela 37.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados a situações de trabalho ou estudo nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau em que favorecem a realização do trabalho e sua influência no desfecho das histórias.....	106
Tabela 38.	Categorização dos atributos dos heróis nas histórias do TAT durante as fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao seu tipo.....	109
Tabela 39.	Categorização dos desfechos das histórias do TAT durante as fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau em que as necessidades dos heróis foram satisfeitas.	110
Tabela 40.	Escore fora da média nas escalas do MMPI-IRF durante as fases Pré-CT e Pós-CT.	114
Tabela 41.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.1 (Maturidade) nas fases Pré-CT e Pós-CT quanto a sua	

	influência no desfecho das histórias.....	114
Tabela 42.	Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa durante as fases Pré-CT e Pós-CT.	118
Tabela 43.	Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.2 (Responsabilidade) nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto a sua influência no desfecho das histórias.	119
Tabela 44.	Categorização do meio (ou conjunto) das histórias do TAT nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto a sua influência no desfecho das histórias.	119
Tabela 45.	Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas ao Domínio 4.1 (Habilidades Cognitivas) durante as fases Pré-CT e Pós-CT.....	121
Tabela 46.	Indicadores relacionados à qualidade formal das histórias do TAT produzidas durante as fases Pré-CT e Pós-CT.	121
Tabela 47.	Indicadores relacionados à conduta dos heróis (tipo e estilo) e à pressão do meio sobre estes, nas histórias do TAT produzidas nas fases Pré-CT e Pós-CT.....	124
Tabela 48.	Relação dos cartões escolhidos como favoritos e preteridos pelos participantes nas fases Pré-CT e Pós-CT.....	126
Tabela 49.	Síntese do funcionamento afetivo a partir dos protocolos do MMPI-IRF nos participantes do estudo nas fases Pré-CT e Pós-CT.	128
Tabela 50.	Categorização das vivências emocionais dos heróis das histórias do TAT nas fases Pré-CT e Pós-CT, de acordo com sua tonalidade afetiva.	129
Tabela 51.	Diferenças entre as estruturas de personalidade de acordo com os critérios de Bergeret (1998)*.....	143

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1. Comunidades Terapêuticas: alcances e limites	23
1.2. Aspectos psicodinâmicos do uso abusivo de substâncias psicoativas	34
1.3. O Processo de Mudança no Tratamento em Comunidades Terapêuticas	36
1.4. Objetivos	40
1.4.1. Objetivo Geral	41
1.4.2. Objetivos Específicos	42
1.5. Justificativa	42
2. MÉTODO	45
2.1. Local	47
2.2. Participantes	48
2.3. Material	49
2.4. Procedimento	53
2.4.1. Análise dos resultados	54
2.5. Aspectos Éticos	62
3. RESULTADOS	63
3.1. Avaliação dos internos no início do tratamento – Fase Pré-CT	63
3.1.1. Dimensão 1: Membro da Comunidade	63
3.1.1.1. Domínio 1.1: Agregação	63
3.1.1.2. Domínio 1.2: Modelo de Atuação	67
3.1.2. Dimensão 2: Socialização	70
3.1.2.1. Domínio 2.1: Desvio Social	70
3.1.2.2. Domínio 2.2: Habilitação	73
3.1.2.3. Domínio 2.3: Valores de Bem Viver	76
3.1.3. Dimensão 3: Desenvolvimento	78
3.1.3.1. Domínio 3.1: Maturidade	78
3.1.3.2. Domínio 3.2: Responsabilidade	82
3.1.4. Dimensão 4: Psicológica	86
3.1.4.1. Domínio 4.1: Habilidades Cognitivas	86
3.1.4.2. Domínio 4.2: Habilidades Emocionais	93
3.1.4.3. Domínio 4.3: Bem-estar Psicológico	95
3.2. Avaliação dos internos ao final do tratamento – Fase Pós-CT	95
3.2.1. Dimensão 1: Membro da Comunidade	96

3.2.1.1. Domínio 1.1: Agregação.....	96
3.2.1.2. Domínio 1.2: Modelo de Atuação	99
3.2.2. Dimensão 2: Socialização.....	102
3.2.2.1. Domínio 2.1.: Desvio Social.....	102
3.2.2.2. Domínio 2.2: Habilitação.....	105
3.2.2.3. Domínio 2.3: Valores de Bem Viver	108
3.2.3. Dimensão 3: Desenvolvimento.....	112
3.2.3.1. Domínio 3.1: Maturidade	112
3.2.3.2. Domínio 3.2: Responsabilidade	117
3.2.4. Dimensão 4: Psicológica.....	121
3.2.4.1. Domínio 4.1: Habilidades Cognitivas	121
3.2.4.2. Domínio 4.2: Habilidades Emocionais.....	127
3.2.4.3. Domínio 4.3: Bem-estar Psicológico.....	129
4. DISCUSSÃO.....	132
4.1. Diferenças entre as fases Pré-CT e Pós-CT ao longo das dimensões do processo de mudança.....	132
4.1.1. Dimensão 1: Membro da Comunidade	132
4.1.2. Dimensão 2: Socialização	134
4.1.3. Dimensão 3: Desenvolvimento	137
4.1.4. Dimensão 4: Psicológica.....	140
4.2. Estrutura da personalidade e mudanças relacionadas ao tratamento em CTs ...	143
4.3. Algumas observações sobre o método de pesquisa e de análise dos resultados	146
4.4. Considerações finais.....	148
4.5. Limitações do estudo.....	150
5. BIBLIOGRAFIA.....	152
ANEXOS.....	162
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para a instituição)	162
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para os participantes).....	163
Anexo 3: Roteiro de Entrevista de Triagem.....	164
Anexo 4: Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	165
Anexo 5: Aprovação do Projeto junto ao Comitê de Ética da FFCLRP-USP	171

1. INTRODUÇÃO

O uso e abuso de substâncias psicoativas têm sido considerados questões de saúde pública e tomado proporções cada vez mais alarmantes, considerando o seu custo social e consequências danosas para aqueles que convivem direta ou indiretamente com esse problema.

Brundtland (2000) afirma que a dependência do álcool está entre as dez maiores causas de incapacitação no mundo, sendo a segunda maior causa de complicações neuropsiquiátricas. Meloni e Laranjeira (2004), comentando pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2003, afirmam que 3,2% das mortes em todo o mundo podem ser atribuídas ao álcool. Na década de 90 esse mesmo índice era de 1,5% da mortalidade global, tendo mais que duplicado em uma década. Meloni e Laranjeira (2004) também relatam que os problemas relacionados ao uso de álcool alcançam um índice DALY (Disability Adjusted Life Years, ou Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) de 4% no mundo todo. No Brasil, esse índice – que mede a porcentagem de anos de vida perdidos devido a problemas de saúde ou incapacitação – pode variar de 8% até 14,9%, sendo ao menos duas vezes maior que a média mundial.

Na região Sudeste brasileira, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI, 2005), 80,4% dos entrevistados relatou já ter usado álcool ao menos uma vez na vida. Com relação às drogas ilícitas, foram encontrados índices de 10,3% para uso de maconha e 3,7% para cocaína, os maiores dentre todas as regiões brasileiras. Ainda, os dados da pesquisa sugerem que 12,7% de todos os entrevistados podem ser considerados dependentes de álcool e 1,5%, dependentes de maconha, utilizando os critérios de classificação do questionário adotado (uma versão adaptada para o contexto brasileiro do *Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA*). Comparado com o I Levantamento, também realizado por Carlini em 2001, as porcentagens de uso na vida de maconha e cocaína em todo o Brasil cresceram em média 2 pontos; já o percentual de pessoas que receberam tratamento para o uso de drogas ou álcool diminuiu em 1,1 ponto.

Frente às questões relacionadas ao uso e abuso de substâncias psicoativas e aos prejuízos decorrentes desse quadro, diversas respostas têm sido propostas, ora contraditórias, ora convergentes entre si. Estas se constituem no que Rezende (2000) e Pillon e Luis (2004) chamaram de modelos de análise ou explicações para o uso ou abuso de substâncias psicoativas. São eles:

- **Modelo Ético-legal:** Segundo este modelo, o uso de drogas pode ser entendido como falta moral ou transgressão das regras sociais, exigindo sanções legais punitivas e repressivas para a prevenção desse uso. Ainda dentro desse modelo pode-se incluir o que Pillon e Luis (2004) chamou de Modelo Moral, que considera o indivíduo como responsável pela decisão de usar substâncias ou de interromper seu uso, necessitando apenas de motivação para tanto, apresentando um caráter culpabilizante desse uso;
- **Modelo Médico:** O uso de substâncias psicoativas é visto como uma doença de caráter crônico, considerando-se a droga como seu agente e a pessoa como “hospedeiro” (REZENDE, 2000). Este modelo tem um forte componente biologicista, baseando-se em estudos científicos de caráter predominantemente positivista. A intervenção visa à cura/regulação dessa doença, entendida como a abstinência total;
- **Modelo Psicossocial:** Segundo este enfoque, o uso de substâncias é um comportamento aprendido, considerando-se o modelo de aprendizagem social. Desta forma, a intervenção visa reestruturar cognitivamente o indivíduo, propondo novos padrões de interação consigo mesmo e com o ambiente. Outra corrente dentro desse modelo atribui ao uso de substâncias um significado pessoal, exercendo um papel dinâmico no funcionamento da personalidade. Assim como no modelo de aprendizagem social, o foco da intervenção se volta para o relacionamento do indivíduo com a substância, a fim de esclarecer seu significado, bem como as características de personalidade associadas a esse “sintoma”, como defesas, tipo de figuras internalizadas e nível de funcionamento egoico. Esse modelo também se caracteriza por uma ênfase nas relações familiares para explicar o uso de substâncias, a partir da influência que as figuras de referência exercem no indivíduo;
- **Modelo Sociocultural:** A ênfase nesse modelo é dada ao contexto que envolve o indivíduo, ou seja, suas regras culturais, crenças e valores. Ainda, considera-se que fatores socioeconômicos como condição social e desemprego podem afetar os padrões de uso. Desta forma, a intervenção se volta para a promoção de condições de desenvolvimento social, a fim de superar o uso de substâncias, entendido como um aspecto vulnerabilizado do funcionamento individual e social.

É importante ressaltar que nos diversos serviços de atenção a usuários abusivos de substâncias psicoativas, esses modelos coexistem de forma por vezes amalgamada, ainda que aspectos de um prevaleçam sobre o outro. Todavia, Milby (1988) propõe a seguinte classificação das formas de tratamento para esses quadros:

- Abordagens médico-farmacológicas: Têm por objetivo a desintoxicação e tratamento das disfunções fisiológicas decorrentes do uso abusivo de substâncias, podendo incluir tratamento clínico geral e medicamentoso (psiquiátrico e/ou neurológico).
- Abordagens psicossociais: Nesta categoria estão inseridas as diversas psicoterapias, seja pela modalidade (individual ou em grupo), enfoque teórico (psicodinâmico, cognitivo comportamental, sistêmico) ou técnico (suporte, apoio ou aconselhamento).
- Abordagens socioculturais: Incluem-se aqui o modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas e de grupos de autoajuda como o AA (Alcoólicos Anônimos);
- Intervenções baseadas em abordagens religiosas: Podem incluir a atuação de profissionais como médicos, psicólogos e assistentes sociais e concentram a intervenção em aspectos ligados à religião, como a doutrinação e o aconselhamento espiritual.

O presente estudo visou abordar especificamente as Comunidades Terapêuticas para usuários abusivos de substâncias psicoativas, cuja intervenção pode ser caracterizada como sociocultural, ainda que também contemple componentes psicossociais e religiosos. Ainda que esta denominação abarque uma série de serviços com regras de funcionamento diferentes, existem princípios comuns a esse tipo de instituição, assim como estudos sobre sua eficácia e características.

1.1. Comunidades Terapêuticas: alcances e limites

Fracasso (2002) afirma que a origem das Comunidades Terapêuticas (CTs) remonta à segunda metade do século XIX, a partir de grupos religiosos cuja convivência em um ambiente acolhedor e de comprometimento mútuo agregava também usuários abusivos de álcool. Esta experiência também serviu de inspiração aos Alcoólicos Anônimos (AA),

fundado em 1935. O modelo dos “12 passos para a abstinência”, criado por este último grupo, é um dos pilares do tratamento em CTs para usuários abusivos de álcool, tendo se estendido para usuários abusivos de outras substâncias. No final dos anos 50 do século passado foi fundada nos Estados Unidos a primeira CT propriamente dita, chamada de Synanon. Em 1963 foi fundada a comunidade Daytop Village, pelo então ex-interno (hoje pesquisador) David Deicht e o padre William O’Brien, atendendo usuários abusivos de álcool (principalmente) e/ou de outras substâncias psicoativas. Aproximadamente no mesmo período, Maxwell Jones organizava o primeiro modelo de CT para portadores de transtornos mentais, com princípios de igualdade entre equipe e pacientes, divisão do trabalho e valorização da convivência como recursos terapêuticos.

O modelo de CTs é bastante variado no que se refere à organização do tratamento e da equipe e mesmo à localização dos serviços, em especial na América do Norte, onde existem comunidades na área urbana, rural, em prisões ou outras instituições correccionais. Ainda na América do Norte, observa-se uma diversidade de formas de tratamento oferecidas, com instituições que oferecem tratamentos de curta duração (de 3 a 6 meses, em geral com estágios ambulatoriais pós-tratamento) ou intensivos (como mais tradicionalmente observado), entre 9 a 12 meses de duração. Com relação à população atendida, a maior parte das CTs recebe apenas adultos, ainda que haja instituições voltadas a segmentos mais específicos, como adolescentes, mulheres ou moradores de rua (DE LEON, 2003). Contudo, todas essas instituições compartilham de princípios comuns, o que permite seu estudo sistematizado.

Melnick e De Leon (1999), por exemplo, desenvolveram um questionário aplicado a dirigentes de CTs americanas sobre os princípios essenciais dessa modalidade de intervenção e sua aplicação, o *Survey of Essential Elements Questionnaire* (SEEQ). Foi encontrada uma alta concordância entre as instituições avaliadas, sugerindo que todas elas compartilham os mesmos princípios sobre o entendimento do uso abusivo de substâncias como transtorno, quem são as pessoas que apresentam esse uso, como uma CT deve ser organizada (em termos de sua estrutura administrativa, papéis da equipe e dos internos), o papel da comunidade como agente terapêutico (abrangendo as relações sociais dentro da CT), atividades terapêuticas e educacionais e o processo de tratamento (estágios do mesmo e ressocialização). Os dados do SEEQ sugerem que esse instrumento pode ser usado para classificação das CTs em termos da diversidade de suas crenças e para treinamento de suas equipes.

No Brasil, as CTs atuais se constituem em instituições privadas (geralmente ONGs) que oferecem internações de 9 meses de duração em média, passando por atividades

terapêuticas individuais e em grupo, atividades religiosas e relacionadas aos 12 passos. Ainda, é enfatizada a convivência entre os internos e o trabalho como recursos terapêuticos, a fim de promover a ressocialização. Os relacionamentos entre os internos e destes com a CT e suas atividades são o material de base para a reflexão sobre o estilo pessoal destes e da relação desse estilo com o uso abusivo de substâncias psicoativas. Desta forma, as CTs se constituem no que Mello et al. (1999) chamaram de ambiente total, onde os internos se responsabilizam pelos cuidados com limpeza, higiene, alimentação e manutenção da instituição como um todo. Devido a grande parte das CTs se localizarem fora do perímetro urbano no Brasil, também são incluídas atividades ligadas ao trabalho rural, como cuidar de hortas e de animais.

As equipes profissionais das CTs incluem monitores e administradores, em geral ex-internos. Algumas CTs, contudo, também contam com profissionais de formação acadêmica, como psicólogos, médicos, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais.

Silva e Garcia (2004) realizaram um levantamento sobre CTs no Espírito Santo, observando que a maior parte delas tem embasamento religioso e psicossocial. Através de questionários enviados a essas instituições, visando conhecer mais sobre suas formas de atuação, Silva e Garcia (2004) observaram o predomínio de instituições baseadas em credos protestantes, que exercem atividades visando “à ocupação do tempo do paciente, atuando nas áreas espiritual, ocupacional, recreativa e física” (p. 243), além de atividades de aconselhamento oferecidas pelos técnicos dessas instituições. O predomínio da oferta de serviços é para pacientes do sexo masculino, com tempo de internação entre sete a nove meses. As equipes técnicas eram compostas basicamente por voluntários, com predomínio de conselheiros espirituais e monitores (em geral, pessoas que passaram por tratamento em CTs), com uma minoria dessas instituições contando com profissionais de saúde de nível universitário.

Segundo Fracasso (2002), o tratamento em CTs consiste em um modelo de relacionamentos interpessoais estruturado, num ambiente com regras específicas que visam favorecer relações francas e abertas entre os indivíduos. O comportamento de cada um dentro da comunidade e o grau de interação social são monitorados tanto pelos próprios internos como pela equipe, a fim de que cada indivíduo possa se avaliar e responsabilizar-se por seu tratamento. À convivência em grupo unem-se aspectos religiosos das regras da comunidade, de orientação cristã, sem se prender a um credo em especial: valoriza-se e incentiva-se a crença em um poder superior e uma dimensão espiritual que favorece a recuperação dos vínculos do indivíduo com a sociedade e sua família.

As CTs não fazem distinção do tipo de substância utilizada pelos indivíduos e tendem a não adotar tratamento farmacológico para sintomas de abstinência, ainda que não deixem de encaminhar seus internos para serviços médicos quando necessário. Entende-se que tais sintomas podem se constituir numa dramatização do indivíduo, refletindo sua incerteza em realmente engajar-se no tratamento. O incentivo à franqueza parte do princípio de que, no caso dos usuários de substâncias, a mentira é comumente usada como um meio de “manipular¹” as pessoas ao redor, devendo, portanto, ser desencorajado.

Em entrevista à revista *ComCiência* (2002), Saulo Monte Serrat, psicólogo e vice-presidente da FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas), afirma que o número dessas instituições aumentou em virtude do aumento do consumo de drogas por pessoas jovens em geral, e que quando “os princípios de recuperação, de resgate da cidadania, de reabilitação física e psicológica e de reinserção social são corretamente aplicados, os tratamentos apresentam resultados positivos e importantes”.

As CTs brasileiras, existentes desde o final da década de 70, só alcançaram maior organização nos últimos anos, com a fundação da FEBRACT em 1990 e a publicação de normas para a criação deste tipo de instituição pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA; BRASIL, 2001). Em países da América do Norte e Europa já se fala de uma diversidade de modelos de CTs, com equipes multiprofissionais, diferentes tempos de internação (em geral mais longos que os 9 meses no Brasil, apesar de também existirem CTs que oferecem internações de curta duração) e mesmo da necessidade dessas instituições se adaptarem à crise de valores comunitários e maior individualismo pós-modernos (BROEKAERT; KOOYMAN; OTTENBERG, 1998). Essa diversidade também é observada no Brasil, ainda que em menor intensidade.

Fora do Brasil, diversos estudos têm tentado avaliar os fatores ligados ao tratamento em CTs e seus resultados. Carrol e McGinley (2000) entrevistaram ex-internos de duas CTs norte-americanas 1 ano após o término do tratamento, avaliando seu funcionamento psicossocial. Esses dados foram comparados com entrevistas realizadas no início do tratamento, a fim de avaliar as mudanças ocorridas e sua manutenção. Foram observadas melhoras significantes, em especial no uso de substâncias psicoativas, mesmo em internos com quadros severos. Também foram verificadas melhoras nas outras áreas avaliadas: status criminal, familiar, médico, ocupacional, psiquiátrico, comportamentos de risco, nível de

¹ No jargão das CTs, a manipulação se refere aos comportamentos antissociais de sedução, tentativas de conseguir benefícios ou evitar a culpa, comumente observado nos relacionamentos interpessoais estabelecidos por usuários abusivos de substâncias.

estresse e condições de moradia, corroborando a proposta de tratamento do uso abusivo de substâncias nas CTs como um problema da “pessoa inteira” e não apenas como quadro psiquiátrico (DE LEON, 2003).

Outros trabalhos reportam taxas de melhora como um todo nas CTs, não apenas nos EUA mas também na Holanda (VAN DE VELDE; SCHAAP; LAND, 1998), Israel (DEKEL; BENBENISHTYB; AMRAM, 2004), Portugal (VIEIRA, 2007), Tailândia (VERACHAI; PUNJAWATNUN; PERFAS, 2003), independente do gênero dos internos (MESSINA; WISH; NEMES, 2000) e com a qualidade dos resultados obtidos relacionada a uma orientação coesa do tratamento e às expectativas transmitidas aos internos (MOOS; MOSS; ANDRASSY, 1999). Além disso, alguns trabalhos apontam para a obtenção de resultados positivos com quadros de comorbidade, notadamente em casos com Transtorno de Personalidade Antissocial, quadro usualmente associado a baixas taxas de adesão e resultados pobres (MESSINA; WISH; NEMES, 1999; MESSINA et al., 2002).

Um contraponto a esses resultados é a revisão conduzida por Smith, Gates e Foxcroft (2009) dos trabalhos sobre resultados do tratamento em CTs. Esses autores asseveram que há poucos estudos sistematizados nessa área, a partir de critérios como (1) sigilo quanto aos dados, (2) controle de dados no caso de pessoas que não foram avaliadas em todas as etapas do estudo (casos que abandonaram o tratamento ou não foram encontrados, por exemplo); (3) tipo de dados relatados (descrição dos participantes, tipo de tratamento, forma de avaliação dos resultados do tratamento) e (4) tipo de síntese dos dados. A partir dos estudos que atenderam aos critérios de qualidade considerados por esses autores, os mesmos observam que há poucas evidências de que as CTs ofereçam melhores resultados que outras intervenções ou entre diferentes modelos de CTs, a não ser no caso de CTs em instituições prisionais, cujos resultados demonstram menor reincidência criminal de internos do que pessoas que não recebem qualquer tratamento ou outros serviços de saúde mental.

Apesar das conclusões de Smith, Gates e Foxcroft (2009) apontarem para a necessidade de estudos sobre as CTs que sejam mais bem estruturados metodologicamente, Arnau (2006), na Espanha, alerta para o risco de que os resultados desses estudos não sejam suficientemente apreciados. No mesmo trabalho, Arnau afirma que mesmo com uma grande produtividade científica sobre as CTs, atestando sua qualidade de atendimento na Espanha, essas instituições não gozam do mesmo prestígio por parte de pesquisadores e profissionais. Deve-se notar que a situação das CTs espanholas é, segundo Arnau (2006), bastante diferenciada, observando-se um grande número de instituições com certificações de qualidade em atendimento e uma mudança na cultura destas, as quais, segundo o mesmo autor, têm se

distanciado dos “principios de Daytop” (sic, p. 324) para o “modelo de Maxwell Jones” (idem). Tais mudanças vêm ocorrendo a fim de que as CTs espanholas se adaptem à mudança do perfil das pessoas atendidas e às políticas públicas espanholas de atenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas.

Saulo Monte Serrat (COMCIENCIA, 2002) ressalta que as CTs não são o único meio de tratar usuários abusivos de substâncias, e que 30% a 35% dos internos são recuperados. Sobre o número de internos recuperados, é consenso na literatura científica que, até o momento, as formas de tratamento existentes não apresentam taxas de recuperação maiores do que essa, bem como não há modalidade de tratamento mais eficaz que outras (HSER et al., 2001). Questões como a adesão, retenção no tratamento e recuperação se constituem em desafios de longa data nessa área, visto a grande variabilidade das características dos usuários abusivos de substâncias psicoativas e mesmo a complexidade desse quadro (FALS-STEWART, 1992; SCADUTO; BARBIERI, 2009).

O dado mais encontrado na literatura sobre as CTs é a relação direta entre tempo em tratamento e alcance e manutenção da melhora nos indicadores de funcionamento psicossocial. Diversos levantamentos suportam essa hipótese (vide, por exemplo, GRELLA et al., 1999; MESSINA; WISH; NEMES, 2000 e DE LEON, 2003), independente da duração planejada do tratamento (MCCUSKER et al., 1996; NEMES et al., 1999) e mesmo do tipo de tratamento para uso abusivo de substâncias (MOOS; MOSS; ANDRASSY, 1999), seja ele a CT ou outro modelo comunitário residencial (ou baseado em internações). Toumborou, Hamilton e Fallon (1998), contudo, observaram que apenas o tempo em tratamento não é sozinho um indicador relacionado a bons resultados, sugerindo que o nível de responsabilidade assumido na CT pelos internos, de acordo com o estágio atingido durante o tratamento (DE LEON, 2003) é um melhor preditor do nível dos resultados alcançados por eles.

Segundo Chan et al. (2004), existem poucas pesquisas sobre o que ocorre com diferentes tipos de internos nas CTs, apesar de haver muitos artigos sobre esse tema em outros tipos de tratamento para usuários abusivos de substâncias. Ainda, Chan et al. apontaram para a dificuldade em observar objetivamente todas as interações sociais que ocorrem nesse local, apesar destas se constituírem num alicerce desse tratamento. Os mesmos autores sugerem, contudo a viabilidade de compreender os efeitos dessas interações em termos da percepção dos internos sobre a CT e seu desenvolvimento pessoal durante o tratamento. Desta forma, eles estudaram como as características de mais de 360 adultos se relacionaram ao processo de tratamento em CTs, utilizando uma escala por eles desenvolvida, a *Dimensions of Change*

Instrument – DCI. Foram consideradas apenas características como fatores demográficos, histórico do uso de substâncias psicoativas e seu tratamento e outras práticas de risco, correlacionadas com as pontuações nas subescalas do DCI.

Os resultados obtidos por Chan et al. (2004) revelaram que mulheres com mais de 25 anos de idade e com experiência prévia de tratamento compuseram o perfil de pessoas com maior pontuação nas subescalas relativas ao envolvimento com o tratamento. Contudo, não foram verificadas interações estatisticamente significantes entre características pessoais e a dimensão de Desenvolvimento Pessoal e Mudança (*Personal Development and Change*) do DCI, que engloba fatores como Autoeficácia, Autoestima, Comprometimento com Abstinência e Introspecção. Nessa mesma linha de pensamento, De Leon et al. (1994) asseveram a importância de variáveis “dinâmicas” (como a percepção dos internos sobre seu uso de substâncias e o tratamento) em relação a variáveis “fixas” (como indicadores demográficos e eventos da história anterior dos internos) para conhecer melhor os resultados no tratamento em CTs e favorecer sua ocorrência.

No contexto da escassez de estudos sobre o processo de tratamento nas CTs apontada por Chan et al. (2004), parece particularmente relevante a existência de poucos trabalhos sobre o funcionamento afetivo dos internos e como ele se relaciona aos resultados obtidos no tratamento. Dermatis et al. (2001) abordaram este tema, avaliando a coesão grupal de internos em duas CTs. Eles utilizaram um questionário individual sobre as impressões desses internos acerca de seu tratamento e sua aceitação da filosofia da CT, e a adaptação de uma escala de coesão social/grupal desenvolvida por Schutz (1966, apud DERMATIS et al., 2001). Além desses instrumentos, foi utilizada a subescala de Depressão do Inventário Breve de Sintomas – BSI (DEROGATIS, 1993, apud DERMATIS et al., 2001). Foram encontradas correlações inversas entre o nível de depressão e afiliação ao grupo, e diretas entre essa afiliação e a maior percepção sobre os benefícios da CT. Também foram observados menores níveis de coesão grupal nos internos recém-ingressos e naqueles prestes a terminar o tratamento, refletindo que esse é um processo que se intensifica durante o tratamento e decresce no final, a fim de o indivíduo retomar um maior nível de autonomia fora da instituição.

Diversos outros instrumentos foram descritos na literatura internacional para avaliar o tratamento em CTs. Kressel et al. (2000) elaboraram uma escala de autorrelato para avaliação do progresso clínico de internos (*Client Assessment Inventory*) e duas versões reduzidas dela para os internos (*Client Assessment Summary* – CAS) e para a equipe profissional (*Staff Assessment Summary* – SAS), permitindo comparações diretas entre as avaliações de ambos. Em uma amostra de cerca de 700 protocolos dessas duas escalas (ou seja, 350 protocolos do

CAS e 350 do SAS), observou-se que as avaliações de internos no início do tratamento eram melhores que as avaliações da equipe, diferenças que tendiam a diminuir ao longo da internação. Esses dados sugerem que o tratamento proporciona aos internos melhor identificação e aceitação de seus problemas, levando a autoavaliações mais realistas.

Melnick et al. (2001) observaram que pessoas com diferentes níveis de prejuízo psicossocial respondem melhor a diferentes tipos de tratamento. Eles relatam trabalhos em que se observou que pessoas com quadros severos de uso de substâncias psicoativas obtêm melhores resultados em modelos de tratamento residenciais altamente estruturados e de orientação comportamental, enquanto pessoas com menor tempo de uso/abuso de substâncias, boas condições empregatícias e sem envolvimento criminal se beneficiariam melhor de um tratamento ambulatorial. Para refinar a decisão acerca do melhor encaminhamento (CTs de internação ou ambulatoriais), Melnick et al. desenvolveram um protocolo (*Client Matching Protocol – CMP*), avaliando sua eficácia num estudo com profissionais responsáveis pela entrevista inicial e encaminhamento de pessoas para CTs residenciais ou ambulatoriais.

Esses profissionais preenchem o CMP após realizar avaliação clínica e encaminhar os pacientes que entrevistavam, sem saber os resultados sugeridos pelo instrumento. Em uma amostra de 600 encaminhamentos em que a avaliação desses profissionais e a recomendação do CMP coincidiram, observou-se que os pacientes permaneciam mais tempo em tratamento e tinham maiores chances de completá-lo. Os resultados forneceram, portanto, evidências da validade do CMP na realização de encaminhamentos para modelos de tratamento mais adequados às necessidades dos pacientes.

Mais recentemente, Soyez et al. (2006) descreveram a adaptação holandesa das escalas CMRS (*Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales*), desenvolvidas por De Leon et al. (1994), para avaliação da prontidão e motivação de usuários abusivos de substâncias para o tratamento. As escalas se mostraram adequadas para prever, tanto no contexto americano quanto no holandês, a retenção no primeiro mês de tratamento, período considerado crítico para o sucesso nas CTs. A CMRS foi aplicada a cerca de 200 ingressantes numa CT, sendo os dados submetidos a análise fatorial confirmatória e exploratória, considerando a versão completa da CMRS, com 42 itens, e uma versão reduzida dela derivada (CMR), com 18 itens e sem a subescala de Adequação (*Suitability*). Tanto a CMRS como a CMR mostraram boa fidedignidade (com índices alfa de Cronbach de 0,92 para a CMRS e 0,86 para a CMR) e evidências de validade preditiva quanto à retenção no tratamento (obtidas através da correlação das pontuações nas escalas com o tempo em tratamento dos participantes). Contudo, Soyez et al. recomendam para a prática clínica apenas o uso da CMR,

cuja estrutura fatorial, obtida através de análise fatorial exploratória, se mostrou mais ajustada ao modelo do que a estrutura da CMRS. No caso do uso em CTs, os autores recomendam, além do uso da CMR, a inclusão da subescala de Adequação devido ao seu poder preditivo, observado com internos desse tipo de instituição.

No Brasil, existem poucos trabalhos em periódicos científicos sobre as CTs. Em pesquisa usando a base de dados Scielo (<http://www.scielo.org/index.php?lang=pt>), apenas nove estudos foram encontrados com o termo-chave “Comunidades Terapêuticas”, dos quais apenas um se relaciona ao tema do presente trabalho. Utilizando as bases BVS (Biblioteca Virtual em Saúde; <http://www.bireme.br/>) e Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br/>), foram encontradas ao todo cinco referências de autores brasileiros que se mostraram pertinentes ao tema aqui investigado.

Um desses trabalhos é o de Sabino e Cazenave (2005), que entrevistaram 26 monitores de CTs que passaram por este tipo de tratamento e se consideram “dependentes em recuperação”. Os entrevistados eram homens com 36 anos de idade (em média), tendo iniciado o uso de substâncias psicoativas aos quinze e buscado tratamento por volta dos 28 anos, sendo que 50% deles já haviam passado por outras formas de tratamento. Sobre o início do uso de drogas, o principal motivo relatado foi curiosidade em relação a elas, seguida da influência de amigos. Apesar de as primeiras drogas terem sido o álcool e a maconha, a droga de preferência desses entrevistados foi principalmente a cocaína ou o crack. Sabino e Cazenave também discutiram brevemente o modelo de CT como uma alternativa aos outros tipos de tratamento regulamentados pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Como críticas às CTs, foram citadas a falta de estudos sobre a eficácia do padrão de isolamento dos indivíduos da comunidade, o risco para recaída após o tratamento e a validade e eficácia do modelo de ajuda mútua das CTs que não possuem profissionais de saúde em suas equipes.

Alves, F. (2006) coordenou um grupo focal com internos de uma CT em Minas Gerais. Segundo a autora, o grupo focal pode ser entendido como uma “entrevista em grupo” (p. 4), sobre um determinado tema definido previamente. Ela observou que os participantes pareceram idealizar a instituição, recusando-se a abordar seus aspectos negativos, ou atribuindo-os a si mesmos. Eles também ressaltaram a disciplina da CT e a religiosidade como aspectos importantes do tratamento, e o papel de cada indivíduo como responsável pelas mudanças preconizadas pela instituição. Contudo, a convivência dentro da CT foi percebida como difícil (devido a desentendimentos entre os internos) ainda que necessária, no sentido de proporcionar aprendizado sobre relacionamentos. Na discussão desses resultados, Alves, F. ressaltou a contribuição de fatores sociais na explicação do uso de substâncias, enfatizando a

importância de proporcionar o desenvolvimento de outros papéis sociais para as pessoas ali tratadas além do de (ex-)dependente.

Sphor, Leitão e Schneider (2006) avaliaram serviços de atenção a usuários abusivos de substâncias psicoativas na Grande Florianópolis (SC), entre eles oito CTs. Elas reportaram que estas atendem entre 15 a 100 pessoas por mês, em sua maioria adultos do sexo masculino e de baixa renda. Com relação à equipe profissional, a maioria das CTs possuía ao menos um psicólogo e um clínico geral, além de coordenadores e monitores. As taxas de desistência do tratamento variaram de 10% a até 50%. O modelo de tratamento da maior parte dessas instituições se baseava nos 12 passos do AA, assistência espiritual, desintoxicação, psicoterapia individual e grupal, terapia ocupacional, grupos com famílias, seminários e palestras.

No Espírito Santo, Siqueira et al. (2007) realizaram um levantamento da rede de serviços de cuidado a usuários abusivos de substâncias, relatando que, dos 250 serviços de atendimento para essa população, 49,5% são CTs, de origem privada ou filantrópica. Siqueira et al. (2007) também discutem as limitações como um todo da rede de serviços do ES, em especial, a escassez de serviços fora da capital do estado e o predomínio de serviços de atendimento terciário ou residencial, ou seja, focado em internações. Ainda, esses autores asseveram que, além de não serem supervisionadas e não atenderem às exigências da ANVISA, o grande número de CTs no estado atende a demanda que deveria ser suprida por serviços públicos de atenção à saúde que não retirassem o indivíduo de seu contexto comunitário e social, conforme previsto na Política Nacional de Álcool e Drogas (BRASIL, 2004).

O estudo brasileiro mais atual sobre as CTs é o de Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008), que realizaram uma observação etnográfica numa CT urbana em Porto Alegre (RS) que acolhia adolescentes do sexo feminino, além de entrevistar voluntários e internas da instituição. Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008) apontam, assim como outros autores brasileiros (ALVES, F., 2006; SILVA; GARCIA, 2004; SABINO; CAZENAVE, 2005) para as deficiências do tratamento em CTs no país, decorrentes do pouco preparo das equipes dessas instituições e do não-cumprimento dos requisitos da ANVISA (BRASIL, 2001), em especial na constituição das equipes de atendimento e a interligação com outros serviços de saúde de atendimento a usuários abusivos de substâncias psicoativas. Para Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008), essa situação favorece uma ênfase no modelo moral (PILLON; LUIS, 2004) para o tratamento dos internos, dificultando o “desenvolvimento de suas singularidades e potencialidades” (p. 361). Nessa mesma direção, é interessante observar que na Colômbia,

Valderrutén (2008) chega a conclusões similares, também a partir de observação etnológica e entrevistas com funcionários e internos dessas instituições.

Segundo Messina et al. (2001), ainda há muito a ser compreendido sobre a “caixa preta” que se constitui o tratamento em CTs. No Brasil, a escassez de trabalhos sobre essa modalidade de tratamento levanta a necessidade de avaliar sua efetividade e a natureza de seus componentes terapêuticos, a fim de enfrentar suas dificuldades e limites.

Para compreender as possibilidades terapêuticas das CTs, estudos utilizando técnicas de Avaliação Psicológica (AP) permitem elucidar as mudanças ao nível psicológico de pessoas que passam pelo conjunto de intervenções que esse tipo de tratamento congrega. Diversos trabalhos foram aqui apresentados, nos quais foram utilizadas principalmente escalas ou Métodos de Autorrelato (RIETZLER, 2006), além da condução de entrevistas e análise de dados demográficos e relacionados ao tratamento de internos de CTs (tempo em tratamento, envolvimento com a justiça e tempo de abstinência após a saída da CT, por exemplo). Apesar de diversos Métodos de Autorrelato terem sido desenvolvidos principalmente em estudos norte-americanos, sua validade transcultural é limitada, considerando as diferenças entre as CTs norte-americanas e as latino-americanas/brasileiras, como apontadas por De Leon (2003).

Ainda, os trabalhos expostos até aqui enfatizam o uso de variáveis “objetivas” (no sentido de observáveis diretamente através de comportamentos manifestos) para avaliar a eficácia do tratamento em CTs, tais como o nível de uso de substâncias, envolvimento com a justiça ou status empregatício, entre outros. Entretanto, pouco parece ser conhecido acerca das variáveis “subjetivas” (no sentido de características do funcionamento psicológico, apenas indiretamente observáveis), mediadoras das primeiras variáveis, as quais são mais comumente adotadas para avaliar os resultados do tratamento em CTs. Nesse sentido, parece ser importante conhecer esse tipo de variáveis e o efeito do tratamento nas mesmas, a fim de que resultados positivos possam ser favorecidos.

Em contraste com os Métodos de Autorrelato, que proporcionam dados objetivos, mas sujeitos a erro por fatores como a desejabilidade social² (ainda que alguns instrumentos desse tipo incluam itens para tentar contornar esse viés), o uso de Métodos Projetivos ou de Autoexpressão (RIETZLER, 2006) pode favorecer a avaliação de aspectos da personalidade

² Vide, nesse sentido, nota anterior sobre o comportamento de “manipulação” comumente observado em usuários abusivos de substâncias, comportamento relacionado à chamada desejabilidade social e que poderia afetar negativamente a fidedignidade dos dados obtidos.

menos controlados pelo avaliando, permitindo conhecê-los com menor risco de ocorrência de respostas supostamente mais desejáveis (VILLEMOR-AMARAL, 2009).

Tendo em vista que a avaliação de características de personalidade só adquire sentido se baseada num arcabouço teórico válido e sólido, será feita uma breve revisão dos trabalhos sobre as características gerais de usuários abusivos de substâncias de acordo com a Psicologia Psicodinâmica ou de base psicanalítica, modelo teórico adotado no presente trabalho, em virtude de sua pertinência para os objetivos de investigar as mudanças no funcionamento psicológico relacionadas ao tratamento em CTs (vide uma descrição mais detalhada na subseção Objetivos).

1.2. Aspectos psicodinâmicos do uso abusivo de substâncias psicoativas

Gordon (1980) e Fals-Stewart (1992) discutem a hipótese de que usuários abusivos de substâncias se beneficiariam melhor de tratamentos adequados às suas características de personalidade (*patient-treatment hypothesis*). Apesar de não haver consenso sobre quais seriam as melhores formas de tratamento para diferentes configurações de personalidade, essa hipótese tem guiado diversos estudos, a partir do pressuposto de que uma determinada intervenção promove melhores resultados se as características de sua população-alvo são conhecidas.

No caso das CTs, cuja taxa de recuperação varia entre 30% e 35% (COMCIENCIA, 2002), pode-se hipotetizar que este tratamento seja mais eficaz para pessoas com determinadas características da personalidade. Contudo, não existem pesquisas que tenham descrito as mesmas, levantando a necessidade de mais estudos nessa direção. Considerando a importância dada por De Leon et al. (1994) a variáveis “dinâmicas” em relação a variáveis “fixas”, pode-se pensar na contribuição de um referencial psicodinâmico, que permitiria a compreensão de variáveis dessa natureza, suprimindo tal lacuna.

O referencial psicodinâmico (ou de base psicanalítica) consiste num *modo de pensar* (GABBARD, 1998) sobre o diagnóstico e tratamento, assim como

“(…) acerca do paciente e do clínico(,) que inclui o conflito inconsciente, os déficits e as distorções das estruturas intrapsíquicas e as relações objetais internas.” (p. 24)

Nesse sentido, o arcabouço teórico que embasou o presente estudo é formado por trabalhos de autores principalmente psicanalíticos, dizendo respeito ao modelo específico de

tratamento e suas formulações sobre fenômenos psicológicos complexos como o funcionamento da personalidade.

Kessler et al. (2003) realizaram uma revisão sobre as principais teorias psicanalíticas sobre o abuso de substâncias, asseverando que há consenso entre a maior parte das pesquisas sobre a relação desse quadro com elementos narcisistas da personalidade do indivíduo, que apresentaria prejuízos na forma de lidar com os afetos. Também consideram como características dessas pessoas a ausência de um objeto bom interiorizado, a intensa ambivalência vivida em seus relacionamentos pessoais e com a substância de uso, uma tentativa de automedicação para sentimentos incômodos, além de um profundo sentimento de falta, preenchido com uma “coisa”. Kessler et al. (2003) também revisaram autores que concebem que cada indivíduo pode dar ao uso de substâncias um significado pessoal e que entendem a droga como um objeto transitório (e não transicional) para lidar com uma relação de dependência com as figuras parentais.

Sousa (1998) avaliou 34 homens dependentes de maconha e/ou cocaína entre 17 e 36 anos, utilizando um roteiro de entrevista baseado na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – E.D.A.O. (SIMON, 1998) e o Psicodiagnóstico de Rorschach. Foram observadas dificuldades adaptativas severas em várias áreas (produtividade, aspectos afetivos, relacionais e socioculturais), bem como presença de agressividade decorrendo em ansiedade, problemas com a figura paterna desfavorecendo a identificação sexual e o desenvolvimento emocional, além de uma identidade frágil, levando à construção de um falso *self*.

Martins (2003) avaliou 10 homens no início do tratamento em CTs e um grupo controle (pareado por idade, escolaridade e nível socioeconômico) utilizando entrevistas, o Psicodiagnóstico de Rorschach e o Teste das Figuras Complexas de Rey. Nas entrevistas com os internos da CT, ele observou experiências familiares de angústia, violência psicológica e por vezes física, culminando numa carência identificatória especialmente ligada à figura paterna, vivências que os entrevistados relacionaram ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Os dados do Rorschach sugeriram perturbações na identificação afetivo-sexual, alto nível de ansiedade e dificuldade em lidar com a mesma, decorrendo em mobilização afetiva.

De Leon (2003) afirma que diversas teorias de personalidade influenciaram as CTs, incluindo a Psicanálise. Ele assevera que essas instituições concebem seus internos como pessoas com uma extensa gama de prejuízos psicológicos e sociais. As principais características cognitivas desses indivíduos seriam dificuldades em perceber a ligação entre suas emoções e ações, bem como as conseqüências destas para si mesmos e os outros,

indicadoras de problemas com o controle dos impulsos e a prova de realidade. Entre os afetos destaca-se uma percepção negativa de si mesmos, problemas na formação da identidade, baixa tolerância à frustração, sofrimento psicológico (predominantemente disfórico) e dificuldades em lidar com sentimentos de culpa, hostilidade e emoções em geral, levando ao uso de mecanismos de defesa baseados na negação, racionalização e projeção.

Com relação às dimensões sociais, De Leon (2003) referiu prejuízos no senso de responsabilidade pessoal e pelos outros, coerência pessoal com compromissos assumidos e o estabelecimento de relações de confiança. Ainda, mencionou que muitos internos apresentam histórico de comportamento antissocial ou problemas com a justiça.

Mesmo com essas características, De Leon (2003) afirma que não há evidências suficientes para se falar em uma “personalidade dependente” (p. 69), no sentido de uma estruturação específica. Nessa mesma direção, Martins (2003) assevera que não há uma constelação específica do uso abusivo de substâncias, mas indicadores do funcionamento da personalidade e não de sua estrutura, posição compartilhada por Kessler et al. (2003).

Pode-se deduzir, a partir dos autores aqui expostos, que independente da existência ou não de uma “personalidade dependente”, o conjunto de características associadas ao uso abusivo de substâncias é caracterizado por diversos e graves prejuízos no funcionamento psicossocial, com um prognóstico bastante modesto em termos dos tratamentos disponíveis. As altas taxas de abandono de tratamento e dificuldade em manter os resultados após o seu término constituem-se no cotidiano do atendimento a usuários abusivos de substância, não importando o modelo de tratamento.

Entretanto, os pesquisadores que estudam as CTs mostram relativo consenso em afirmar que o tratamento nessas instituições oferece resultados bastante animadores, desde que as pessoas atendidas possam se envolver nas atividades e usufruir dos serviços ali oferecidos (ARNAU, 2006; CARROLL; MCGINLEY, 2000; COMCIENCIA, 2002; DE LEON, 2003; MELLO ET AL., 1999). Desta forma, é pertinente questionar sobre que tipo de mudanças os internos que obtêm resultados positivos vivenciam ao longo do tratamento.

1.3. O Processo de Mudança no Tratamento em Comunidades Terapêuticas

De Leon (2003) afirma que o processo de mudança vivido pelos internos nas CTs é multidimensional e se relaciona à aquisição de experiências e percepções por ele consideradas essenciais. Estas ocorrem nos dois níveis, individual (entendido como a relação do indivíduo

conseguiu mesmo e sua autoimagem) e comunitário, definido como as experiências a partir da relação do indivíduo com o grupo de internos na CT. Desta forma, essas vivências interpessoais e individuais possibilitariam a internalização de novos valores e atitudes, levando a mudanças na identidade dos internos.

As Tabelas 1 e 2 descrevem, respectivamente, as experiências e percepções essenciais durante o tratamento para De Leon (2003). Essas, por sua vez, subsidiam a mudança em diversas dimensões e domínios propostos pelo mesmo autor, as quais são apresentadas de forma sucinta na Tabela 3.

Tabela 1. Experiências essenciais relacionadas à mudança individual durante o tratamento em CTs*.

Tipo de Experiência/ Definição	Subtipos	Definição Operacional
Cura Emocional: moderação de dores físicas e psicossociais relacionadas ao abuso de substâncias.	Nutrição- Amparo	Provisão básica de manutenção cotidiana (abrigo, refeições, cuidados pessoais, de saúde, entre outros), que proporcionam alívio.
	Segurança Física	Proteção contra situações de violência física ou psicológica, uso de álcool ou drogas, estabelecida através das regras de convivência dentro da CT.
	Segurança Psicológica	Experiências relacionadas ao desenvolvimento da capacidade de lidar com riscos pessoais, tais como estabelecer uma relação de <i>Fé cega e confiança</i> com a CT (mesmo que não se possa compreender o tratamento num momento inicial), ser compreendido e ser aceito pelos outros. Essas experiências proporcionariam um alívio dos temores ligados ao estabelecimento de relações interpessoais.
Relacionamento Social e Atenção: envolvimento interpessoal entre os internos, promovendo trocas afetivas francas e apoio mútuo.	Identificação	Percepção de similaridades entre si mesmo e outros internos, com relação a comportamentos, sentimentos, experiências e eventos de vida.
	Empatia	Capacidade de experimentar sentimentos próprios e de outras pessoas, favorecendo a compreensão de si mesmo e das outras pessoas e relações interpessoais mediadas por compaixão e simpatia.
	Vínculo	Estabelecimento de relacionamentos interpessoais significativos e francos.
Aprendizagem Subjetiva: experiências de autoavaliação, derivadas do efeito dos comportamentos dos internos na CT, em termos da resposta da comunidade ou da equipe.	Autorrejeição	Sentimentos como decepção, desvalorização pessoal, fracasso ou culpa.
	Autoeficácia	Crenças que o interno tem sobre si mesmo, relativas à sua capacidade de fazer bem algo ou de competência pessoal.
	Autoestima	Valorização de si mesmo, ou percepção do valor pessoal.

*Adaptado de De Leon (2003).

Tabela 2. Percepções essenciais relacionadas à mudança individual durante o tratamento em CTs*.

Tipo de Percepção	Subtipos	Definição Operacional
Percepções relacionadas ao tratamento	Circunstâncias	Percepção de alguma forma de pressão externa para passar por tratamento.
	Motivação	Pressão ou razão sentida como interna para mudança pessoal.
	Prontidão	Percepção do tratamento como única alternativa para lidar com o uso abusivo de substâncias psicoativas e estilo de vida relacionado a este; aceitação da necessidade de tratamento.
	Adequação	Percepção de correspondência entre si mesmo e o tratamento em CTs, ou de que o tratamento é apropriado para as próprias necessidades; aceitação da abordagem das CTs como uma forma válida de tratamento para o uso abusivo de substâncias e estilo de vida relacionado a este.
Percepções de Progresso	Autoatenção	Percepção do aprendizado de hábitos e atitudes saudáveis, como cuidados pessoais, rotina diária e comportamentos de proteção e valorização de si mesmo.
	Autocontrole	Percepção do aprendizado de como lidar com vivências emocionais impulsivas.
	Autoadministração	Percepção do aprendizado de observar sentimentos e atitudes em diferentes situações interpessoais, podendo perceber padrões ou dificuldades afetivas e de atitude em comum nessas situações.
	Autocompreensão	Percepção de si mesmo num <i>continuum</i> entre história pessoal passada e atual.
	Autoconceito	Percepção de mudanças na visão de si mesmo numa direção positiva, comumente na forma de autoavaliações negativas que são modificadas ou abandonadas.

*Adaptado de De Leon (2003).

É importante asseverar que essa divisão tem utilidade apenas didática e teórica, tendo em vista que o processo de mudança é entendido por De Leon (2003) como dinâmico e complexo. As dimensões e domínios em que a mudança ocorre, ainda segundo De Leon (2003), são apresentados na Tabela 3. Segundo esse mesmo autor, tais mudanças também podem ser avaliadas tanto qualitativa quanto quantitativamente, constituindo-se num quadro que permite avaliar os resultados do tratamento ao longo do tempo.

Tabela 3. Dimensões e domínios relacionados ao processo de mudança após o tratamento em CTs*.

Dimensão	Domínios	Definição Operacional
Membro da comunidade	Agregação	Vínculo do indivíduo com a comunidade de internos.
	Modelo de Atuação	Grau em que o interno atende às expectativas comportamentais da comunidade.
Socialização	Desvio Social	Grau de orientação do interno para um estilo de vida antissocial**.
	Habilitação	Grau de treinamento adquirido previamente ou desenvolvido na CT relativo a habilidades educacionais e trabalhistas, bem como de habilidades sociais e interpessoais nessas áreas.
	Valores de bem viver	Identificação e introjeção de valores de bem viver da CT (DE LEON, 2003), tais como honestidade, autoconfiança, atenção responsável, responsabilidade para com a comunidade e valorização do trabalho como dimensão de realização pessoal.
Desenvolvimento	Maturidade	Grau de crescimento pessoal, relacionado ao controle dos impulsos, relacionamento com figuras de autoridade, modelos adultos de relacionamento interpessoal e maior tolerância à frustração.
	Responsabilidade	Grau de consciência e responsabilidade perante os outros no cumprimento de obrigações e promessas e nas relações interpessoais.
Psicológica	Habilidades Cognitivas	Desenvolvimento das seguintes habilidades: <ul style="list-style-type: none"> • Consciência do próprio comportamento e comportamentos dos outros; • Discriminação de pensamentos e sentimentos negativos e relacionados a drogas, bem como a relação entre pensamentos e sentimentos passados e atuais; <ul style="list-style-type: none"> • Uso de mecanismos de defesa mais amadurecidos; • Contato com as realidades interna e externa; • Receptividade aos relacionamentos interpessoais (em contraste com o retraimento nestes).
	Habilidades Emocionais	Desenvolvimento das seguintes habilidades: <ul style="list-style-type: none"> • Vivência de estados emocionais variados; • Expressão dos estados emocionais (em contraste com o retraimento ou fechamento em si), de forma mais socializada; <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das emoções vivenciadas.
	Bem-estar Psicológico	Reduções nas vivências de descompensação como estados de disforia, anedonia, ansiedade, depressão e hostilidade.

*Adaptado de De Leon (2003).

** Nesse caso, as expectativas do tratamento são do abandono desse estilo de vida por parte do interno.

Como já discutido, diversas influências compõem o quadro teórico que embasa o modelo de CTs, incluindo a Psicanálise. Pode-se observar, nas Tabelas 1 a 3, que algumas das características se assemelham a conceitos teóricos da Psicanálise relacionados a características de personalidade e seu desenvolvimento. Além disso, o foco do tratamento nas CTs se volta para as relações do indivíduo com a comunidade, que se torna um agente terapêutico a partir do estabelecimento de um relacionamento com fortes componentes

afetivos, situação essa bastante semelhante à proposta pelos tratamentos de orientação psicanalítica em geral.

Não se pretende estabelecer aqui uma comparação direta entre o modelo das CTs e as teorias psicanalíticas. O que se preconiza são as semelhanças entre esses dois modelos de tratamento com relação ao foco na mudança através de relacionamentos profundos, semelhança que possibilitaria uma leitura psicodinâmica do tratamento nas CTs e as mudanças proporcionadas por este aos internos. Nesse sentido, se essas mudanças são entendidas como referentes a características de personalidade (cujos efeitos seriam diretamente observáveis através das atitudes e comportamentos comumente considerados como critérios de avaliação nos trabalhos até aqui analisados), pode-se pensar que a avaliação das características da personalidade de pessoas em tratamento numa CT permitiria conhecer como o processo de mudança ocorre, numa analogia com a “caixa preta” proposta por Messina et al. (2001).

Desta forma, pode-se perguntar sobre quais características de personalidade são mais suscetíveis a mudanças proporcionadas pelo tratamento em CTs e que tipo de mudanças ocorrem. De Leon (2003) afirma que as metas de recuperação na CT se referem ao estilo de vida e ao “modo como os indivíduos percebem a si mesmos no mundo” (p. 73). Portanto, não há pretensão de realizar mudanças estruturais na personalidade. Tal possibilidade é, inclusive, controversa nos trabalhos de orientação psicodinâmica. Bergeret (1998) sugere que o objetivo do trabalho psicoterapêutico não é a mudança da estrutura da personalidade – entendida por ele como um arranjo estável, principalmente após a adolescência – mas sim o alcance de um equilíbrio satisfatório para o sujeito.

1.4. Objetivos

Em acordo com esse pensamento, o presente estudo visou investigar as mudanças psicológicas de indivíduos que passaram por tratamento numa CT. Para tanto, além de entrevistas semiestruturadas com os participantes da pesquisa, foram usados dois instrumentos de AP, visando obter dados sobre a personalidade em diferentes níveis de expressão pelos participantes (RIETZLER, 2006). A fim de avaliar a personalidade ao nível do autorrelato, utilizou-se o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade, Forma IRF (Improved Readability Form; MMPI-IRF). Visando obter informações sobre a personalidade

dos participantes da pesquisa ao nível da autoexpressão, utilizou-se o Teste de Apercepção Temática (TAT).

Tendo em vista a escolha teórica por modelos psicodinâmicos de personalidade no presente trabalho, as histórias³ do TAT obtidas com os participantes foram analisadas a partir da metodologia de avaliação de Morval (1982, apud JACQUEMIN; BARBIERI, 2003). Este autor propõe o TAT como uma técnica de estudo do funcionamento da personalidade, permitindo conhecer aspectos como o nível de amadurecimento dos recursos egoicos para buscar a satisfação das necessidades, o grau de controle de afetos como ansiedade e agressividade, a natureza da autoimagem, a percepção do mundo exterior e a qualidade dos relacionamentos interpessoais. Pode-se observar a semelhança entre as características que podem ser conhecidas através do TAT e aquelas relacionadas ao processo de mudança proposto por De Leon (2003). Nesse sentido, o presente trabalho apresenta uma proposta de comparação entre esses modelos, utilizando as dimensões do processo de mudança conforme propostas por De Leon e os dados obtidos através da AP, cujos dados foram integrados a partir de uma perspectiva teórica psicodinâmica.

A hipótese a ser investigada neste estudo é a de que, se o tratamento nas CTs promove benefícios aos internos, estes apresentariam, ao final dele, um melhor aproveitamento de seus recursos da personalidade, a saber, mecanismos de defesa mais maduros, maior consideração do outro em seus relacionamentos interpessoais e maior socialização de suas necessidades do que no início de sua internação. Para averiguar essa hipótese, foram avaliados internos de uma CT no início e no final de seu tratamento através de instrumentos de AP.

1.4.1. Objetivo Geral

Comparar as condições psicológicas de usuários abusivos de substâncias psicoativas no início e ao final de seu tratamento numa Comunidade Terapêutica (CT), por meio de uma avaliação de sua personalidade, operacionalizada por instrumentos de Avaliação Psicológica

³ A escolha pelo termo “histórias” ao longo do texto, ao invés do mais usualmente adotado “estórias” foi feita não apenas do ponto de vista linguístico, mas epistemológico. Parte-se do princípio que o TAT, sendo um teste psicológico, consiste num procedimento científico que proporciona “medidas de desempenho e envolvem a elaboração de inferências a partir de amostras de comportamento” (ITC, 2003, p. 11). Nesse sentido, as narrativas produzidas pelos aplicandos durante o teste são tomadas aqui como as amostras de comportamento submetidas a análise. Entende-se que essas narrativas são a expressão concreta de um processo mediado por variáveis psicológicas altamente dinâmicas. Entretanto, tendo em vista que as inferências em avaliação psicológica (e de forma mais ampla, em ciência) só podem ser feitas a partir de dados observáveis, decidiu-se adotar o termo “história”, o qual é menos carregado de conotações meramente “imaginativas” que o termo “estória”.

(AP), nomeadamente a entrevista semiestruturada, o MMPI-IRF e o TAT. Com essa comparação, pretende-se investigar se, de fato, o tipo de tratamento oferecido nessas instituições proporciona melhor funcionamento da personalidade.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Investigar as mudanças no funcionamento da personalidade de internos de uma CT através da avaliação psicológica;
- Investigar, a partir de entrevista semiestruturada, as percepções de internos de uma CT acerca do tratamento nela realizado, incluindo uma avaliação subjetiva sobre suas condições psicológicas no início e ao final dele, ou seja, os seus benefícios e limitações;
- Comparar, por meio do MMPI-IRF, as condições psicológicas dos internos da CT antes e após o tratamento, de modo a verificar a ocorrência ou não de alterações no funcionamento da personalidade, incluindo sua qualidade defensiva, equilíbrio ou desequilíbrio estrutural.
- Contrapor, por meio do TAT, os psicodinamismos pessoais dos internos no início e ao final do tratamento, a saber, o nível de amadurecimento dos recursos egoicos para buscar a satisfação das necessidades, o grau de controle de afetos como ansiedade e agressividade, a natureza da autoimagem, a percepção do mundo exterior e a qualidade dos relacionamentos interpessoais, visando averiguar a existência de diferenças no funcionamento da personalidade entre o início e o fim do tratamento.
- Identificar indicadores da avaliação psicológica relacionados aos domínios e dimensões do processo de mudança nas CTs, conforme o modelo teórico proposto por De Leon (2003).

1.5. Justificativa

Segundo Spohr, Leitão e Schneider (2006), a avaliação das diversas práticas no campo da saúde tem se constituído em um grande desafio, no sentido de levantar informações que levem a um melhor atendimento. No campo da psicoterapia psicodinâmica breve, estudos como os de Yoshida, Primi e Pace (2003) e Yoshida (2008) apontam para a necessidade de

estabelecer medidas de avaliação das intervenções, visando favorecer a adesão e a promoção de resultados. Desta forma, o presente trabalho se insere na tentativa de preencher a lacuna de estudos sobre o que ocorre em tratamentos de saúde, em especial nas CTs brasileiras. Ainda, considerando o alto custo social das consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas (MELONI; LARANJEIRA, 2004), a avaliação dos resultados de uma forma de tratamento pouco estudada pode promover uma melhor consideração de seus pontos positivos e de seus limites, visando seu aprimoramento.

2. MÉTODO

A presente pesquisa se constituiu num estudo de caso coletivo (STAKE, 1995), desenvolvido no contexto das abordagens qualitativas de pesquisa científica. Assim, as técnicas de pesquisa utilizadas são de natureza predominantemente qualitativa, embora haja lugar para a inclusão de uma técnica objetiva como o MMPI-IRF.

A escolha por esse tipo de metodologia se justifica pelos objetivos do estudo, de caráter tanto exploratório como de testagem de hipóteses. Apesar de não haver consenso sobre a integração dos paradigmas de pesquisa qualitativo e quantitativo, diversos autores têm demonstrado tal possibilidade. Para Silva (1998), a oposição entre as perspectivas de pesquisa quantitativas e qualitativas é falsa, visto que essas abordagens são, em última instância, complementares (MINAYO; SANCHES, 1993). Em acordo com essa afirmação, o foco do presente estudo se volta para a apreciação dos diferentes níveis da realidade passíveis de serem conhecidos a partir da Avaliação Psicológica (AP) de pessoas que passaram por tratamento numa CT.

A discussão sobre os métodos de pesquisa em Psicologia é complexa e seu aprofundamento ultrapassa o escopo desse estudo. Contudo, a afirmação de Furlan (2008) se mostra pertinente ao deslocar a questão do método para um eixo pragmaticista, o qual foi adotado na presente pesquisa:

“A questão do método é recorrente na psicologia e tende à mistificação. É preciso se libertar da questão do método, se como tal entendemos a discussão de procedimentos gerais independentes da questão e concepção do objeto de pesquisa; ou caso se insista numa definição geral, método são procedimentos que consideramos adequados para responder à nossa questão; não é um *a priori* da pesquisa, ele faz parte dela.” (FURLAN, 2008, p. 25)

Numa linha de raciocínio semelhante, Gelo, Braakmann e Benetka (2008) afirmam que a oposição entre perspectivas quantitativas e qualitativas de pesquisa é um debate mais relacionado aos pressupostos filosóficos e epistemológicos do que aos métodos de pesquisa em si, visto que estes são derivados dos primeiros, mas não necessariamente dependentes deles. Ao expor o chamado Método Misto de Pesquisa (*Mixed Methods Research*, ou MMR) Gelo, Braakmann e Benetka (2008) asseveram que, quando usados em conjunto, metodologias quantitativas e qualitativas se mostram complementares e ampliam as possibilidades de compreensão e explicação dos fenômenos estudados. Através do MMR, essa compreensão pode ser estendida até a ampliação dos limites de cada um dos paradigmas em

separado, em termos de suas visões de mundo (ontológico-filosóficas) e de conhecimento (epistemológicas).

Dessa forma, o presente estudo adotou o MMR como um modelo de pesquisa, enfatizando uma dimensão pragmaticista da práxis científica, onde os métodos de pesquisa são entendidos como estratégias para se conhecer um determinado fenômeno.

A partir da compreensão dos métodos de pesquisa quantitativos e qualitativos como complementares e não opostos, adotou-se no presente estudo a proposta de Conde (1995) sobre a distinção entre níveis da realidade como degraus de uma escada, indo do puramente qualitativo para o quantitativo. Neles, diferentes operações epistemológicas e metodológicas são adotadas, visando à configuração dos diferentes níveis da investigação. Além disso, o conhecimento acumulado sobre um determinado tema e investigação influencia o tipo de método a ser adotado, seja ele exploratório ou mais sistematizado. Desta forma, o presente trabalho teve por objetivo estabelecer, para a investigação sobre os resultados do tratamento numa CT brasileira, níveis de configuração do fenômeno a ser estudado que considerem tanto os estudos mais sistematizados realizados no exterior quanto a situação atual dos estudos brasileiros (predominantemente exploratórios) sobre esse mesmo tema.

Nesse sentido, utilizando a proposta de Conde (1995) como referência, o presente trabalho objetivou a investigação em três níveis, a saber, a configuração simbólica, a valoração simbólica e, principalmente, a configuração semântica.

Segundo Conde (1995), a configuração simbólica consiste em estabelecer eixos iniciais de sentido numa tentativa de contextualização e ordenação iniciais do fenômeno estudado. No nível da valoração simbólica, os esforços se voltam para a hierarquização dos eixos anteriormente definidos, visando estabelecer uma perspectiva sobre o fenômeno a partir de um referencial externo. Por fim, no nível da configuração semântica, o foco se volta para estabilização e organização interna dos eixos de sentido encontrados através das operações anteriores, visando a uma sistematização que permite a generalização (ou transferibilidade – GELO; BRAAKMANN; BENETKA, 2008) dos dados obtidos.

No presente trabalho, a AP é concebida como um processo de compreensão dos indivíduos a partir de informações de diferentes níveis, tanto nomotéticos como idiográficos (VILLEMOR-AMARAL, 2009). Tendo em vista a semelhança do nível nomotético de avaliação com as metodologias quantitativas (em especial, nos seus pressupostos ontológicos e epistemológicos), assim como a semelhança do nível idiográfico com as abordagens qualitativistas de pesquisa, pode-se estabelecer um paralelo da AP com o Método Misto de Pesquisa conhecido por triangulação, conforme descrito por Gelo, Braakmann e Benetka

(2008). Esse método consiste no uso simultâneo de métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa durante a coleta de dados, a fim de obter dados complementares acerca de um mesmo objeto de estudo, numa aproximação com a noção de Orti (1995) de “complementaridade por deficiência”, referindo-se às limitações informativas de cada método pesquisa.

Dessa forma, adotou-se aqui um modelo estratégico (DAVILA, 1995) de pesquisa, incluindo um Método de Autorrelato (RIETZLER, 2006), mais próximo do nível nomotético de descrição (nominalmente, o MMPI-IRF) como um recurso complementar às informações obtidas qualitativamente, através da entrevista semiestruturada e do TAT (Método de Autoexpressão). Esse procedimento foi adotado visando obter uma compreensão mais ampla das mudanças relacionadas ao tratamento em diferentes níveis de expressão das características da personalidade, a saber, os níveis de autorrelato e autoexpressão (RIETZLER, 2006). Portanto, adota-se um procedimento de pesquisa baseado predominantemente na AP e próximo ao método de pesquisa de triangulação (GELO; BRAAKMANN; BENETKA, 2008), como forma de conhecer as variáveis “subjetivas” relacionadas ao tratamento numa CT e suas mudanças.

2.1. *Local*

O estudo foi conduzido numa Comunidade Terapêutica da região de Ribeirão Preto/SP. A CT escolhida é um Organização não-governamental que funciona desde 1995 e que apresenta características típicas das CTs brasileiras, como o foco no trabalho com os 12 passos do AA, tratamento com duração de 9 meses, localização na zona rural e uso da religião no tratamento. A instituição atende apenas homens adultos, apesar de esporadicamente receber adolescentes, em geral maiores que 16 anos de idade.

Durante a realização do estudo, a equipe da CT era composta por ex-internos dessa ou de outras CTs que se responsabilizavam pelo acolhimento individual e em grupo, manutenção das regras da CT, além de questões administrativas e de triagem. A equipe também era composta por uma psicóloga, que era responsável por atendimentos individuais de suporte na CT e por conduzir atividades com as famílias dos internos, junto a grupos de autoajuda na zona urbana do município onde a CT está instalada. Essa profissional havia sido contratada recentemente – contudo, a instituição já havia tido outros psicólogos na equipe, principalmente voluntários. Além desses profissionais, outros voluntários se responsabilizavam por atividades, em especial daquelas de cunho religioso. A CT também

mantinha contato com um psiquiatra de um serviço público do município, que era responsável pela avaliação médica dos internos.

2.2. Participantes

Sete internos da CT, que atendiam a critérios para diagnóstico de uso abusivo de substâncias psicoativas (grau moderado ou severo), de acordo com avaliação clínica da equipe da CT e durante entrevista semiestruturada conduzida pelo pesquisador. Os internos tinham entre 21 e 35 anos de idade no momento da seleção para o estudo, nível socioeconômico médio ou baixo, e haviam estudado até pelo menos a 4ª série do Ensino Fundamental (vide Tabela 4). O critério de idade adotado é o mesmo utilizado por Martins (2003), que afirma que esta é a faixa etária de maior incidência dos quadros de uso abusivo de substâncias. Já o critério de escolaridade foi adotado para garantir maior segurança na compreensão dos participantes sobre os itens do MMPI-IRF, ainda que Barbieri (1996) assevere que essa técnica também pode ser utilizada em indivíduos não-alfabetizados.

Foram considerados critérios de exclusão a suspeita de déficit cognitivo grave (a fim de garantir a qualidade dos dados obtidos por meio das técnicas de Avaliação Psicológica), complicações neurológicas e/ou histórico de tratamento psiquiátrico para outros transtornos que não de uso abusivo de substâncias (comorbidade), de modo a garantir a não interferência dessas patologias nos resultados do tratamento na CT. Esses critérios foram avaliados através de um questionário de triagem elaborado para o presente estudo (vide Anexo 3).

Tabela 4. Caracterização dos participantes do presente trabalho.

Nome*	Idade (Anos)	Estado Civil	Nível de Instrução	Nível Socioeconômico	Profissão	Tipo de drogas usadas/Tempo de uso intenso
Adalberto	23	Solteiro	Ens. Médio Comp.	Médio-baixo	Jardineiro	Álcool (3 anos)
Benedito	32	União Estável	Ens. Médio Incomp.	Médio-baixo	Operador de máquinas	Crack (8 anos); Maconha (5 anos)
Caio	21	Solteiro	Ens. Médio Incomp.	Médio	Auxiliar de mecânica	Crack (2 anos); Cocaína (5 anos)
Diego	35	Solteiro	Ens. Médio Incomp.	Médio	Pintor industrial	Álcool (4 anos)
Émerson	36	Casado	Ens. Fundamental Incomp.	Médio	Comerciante/ Caminhoneiro	Cocaína (20 anos); Crack (15 anos)
Francisco	27	Solteiro	Ens. Superior Incomp.	Médio	Líder de produção	Crack (4 anos); Cocaína (5 anos)
Geraldo	23	União	Ens. Superior	Médio-baixo	Frentista	Cocaína (3 anos)

		Estável	Incomp.			
--	--	---------	---------	--	--	--

*Todos os nomes são fictícios.

Os participantes foram selecionados entre Agosto de 2007 e Março de 2008, a fim de que o pesquisador pudesse realizar o acompanhamento longitudinal dos mesmos, permitindo sua avaliação no início do tratamento e ao seu final, nove meses depois. Nesse período inicial, todos os internos que apresentavam critérios para participar do estudo foram indicados pela equipe da CT e convidados pelo pesquisador, tendo-se obtido o consentimento de 20 pessoas no total. Desse grupo, apenas sete pessoas terminaram o tratamento, tendo sido incluídas na amostra final do trabalho.

2.3. *Material*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Anexos 1 e 2). Esse documento descreve os procedimentos que foram aplicados nos participantes da pesquisa, os riscos e benefícios da investigação, a não obrigatoriedade em participar dela, a garantia do sigilo quanto às informações fornecidas e a não-interferência no tratamento oferecido pela CT, independente da decisão em participar ou não do estudo. Uma versão desse documento foi oferecida à instituição onde a pesquisa foi realizada (Anexo 1) e outra diretamente aos internos (Anexo 2).

Roteiro de Triagem (Anexo 3). Contém dados de identificação (nome, data de nascimento e grau de instrução) e perguntas objetivas sobre a presença de comorbidade psiquiátrica ou neurológica e tratamentos anteriores para as mesmas, de modo a informar sobre os critérios de inclusão ou exclusão para compor a amostra.

Roteiro de Entrevista (Anexo 4). Visou levantar informações sobre a história pessoal dos participantes (eventos marcantes, histórico familiar e conjugal e status criminal), histórico do uso de substâncias (tipo(s) de substância(s) usada(s), frequência de uso, sintomas de abstinência, comportamentos de risco e prejuízos advindos desse uso) e tratamentos anteriores. Também contém perguntas sobre as expectativas acerca da internação, realizadas na primeira etapa de avaliação (Pré-CT). Na fase Pós-CT, foram feitas perguntas sobre as experiências dos participantes durante a internação e sua impressão acerca de si mesmos ao final do tratamento e sobre a CT.

A elaboração desses roteiros baseou-se nos modelos de entrevistas usados por Martins (2003), UNIAD (2006) e Kessler e Pechansky (2007).

Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade – Forma IRF (Improved Readability Form; MMPI-IRF). O MMPI é um dos inventários de personalidade mais utilizados no mundo, ao menos até o final da década de 90 (FRIEDMAN et al., 2001), tendo passado por revisões nos EUA, levando a uma nova versão do teste, o MMPI-2. Esse inventário consiste num Método de Autorrelato com respostas dicotômicas (verdadeiro ou falso), com 550 itens os quais o indivíduo deve responder de acordo com suas opiniões, crenças, sentimentos e vivências, permitindo uma apreciação dos traços de personalidade e do grau de patologia apresentado pelo aplicando. No Brasil, a primeira versão do teste foi traduzida e adaptada na década de 70 por Benkö e Simões (HATHAWAY; MCKINLEY, 1971), sendo a única versão disponível para o contexto sociocultural brasileiro. A adaptação brasileira foi feita ainda durante a década de 60 do século XX, com as médias e desvios-padrão das respostas da amostra de normatização (n = 879) tendo sido utilizados para o cálculo de escores T para as escalas de validade e clínicas do instrumento. Essas escalas são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5. Escalas de validade e clínicas do MMPI.

Escala (Validade)	Descrição Sumária da escala
? - Não sei dizer	Número de itens deixados em branco ou respondidos duplamente pelo respondente.
L - Mentira	Tentativas do respondente de encobrir suas limitações tais como agressividade, inconformismo ou outros “defeitos menores que a maioria das pessoas está disposta admitir, a menos que tencione apresentar-se sob uma fachada de perfeição e adaptação” (BARBIERI, 1996, p. 34).
F - Erro	Resposta a itens na mesma direção que 10% da amostra normativa, sugerindo funcionamento psicótico ou exagero dos sintomas, numa tentativa de solicitar ajuda.
K - Correção	Tendência pouco consciente de encobrir dificuldades (defensividade).
Escala (Clínica)	Descrição Sumária da escala
1, Hs – Hipocondria	Itens referentes a preocupações excessivas com a saúde física.
2, D – Depressão	Itens referentes a sintomas clínicos de depressão.
3, Hy - Histeria	Itens referentes a queixas somáticas e “facilidades no contato social e negação de todo tipo de dificuldades” (BARBIERI, 1996, p. 40).
4, Pd – Desvio Psicopático	Características relacionadas ao quadro de Transtorno de Personalidade Antissocial.
5, Mf – Masculinidade-Feminilidade	Para homens, itens referentes a interesses gerais, podendo indicar “inteligência, curiosidade, vaidade, idealismo, sensibilidade, feminilidade, preocupação, possíveis conflitos quanto à identidade sexual, perseverança, organização, sociabilidade, criatividade, auto-controle (sic), possíveis tendências homoeróticas” (BARBIERI, 1996, p. 43).
6, Pa - Paranoia	Características relacionadas a “um padrão de paranóia (sic)” (BARBIERI, 1996, p. 43).
7, Pt - Psicastenia	Características relacionadas a “ruminações obsessivas, rituais de comportamentos compulsivos, preocupações anormais, dificuldades de concentração, sentimentos de culpa, indecisão, autocrítica, elevados padrões morais e intelectuais, medos irracionais” (BARBIERI, 1996, p. 45).
8, Sc – Esquizofrenia	Comportamentos “bizarros e não usuais” (HATHAWAY; MCKINLEY, 1971, p. 25), caracterizados por separação da realidade e mudanças bruscas de humor ou de comportamento, comuns em quadros de esquizofrenia.
9, Ma – Hipomania	Funcionamento hipomaniaco, caracterizado por “superatividade do pensamento e na ação,

	ou seja, excitação emocional e fuga de idéias (sic)" (HATHAWAY; MCKINLEY, 1971, p. 26).
0, Si – Introversão-Extroversão	Características relacionadas à "tendência do indivíduo em afastar-se do contato social com os outros" (HATHAWAY; MCKINLEY, 1971, p. 27).

MMPI-IRF. O MMPI-IRF foi desenvolvido por Ward e Selby (1980) para avaliação de personalidade em indivíduos com baixa escolaridade e/ou déficits cognitivos leves, constituindo-se numa versão reduzida do MMPI com 167 itens. A escolha pelo MMPI-IRF se justifica por esta ser baseada num instrumento de reconhecida importância na pesquisa e na avaliação clínica de personalidade, além dessa forma apresentar, na população americana, boas correlações com o MMPI (BARBIERI; JACQUEMIN, 2001). Além disso, o instrumento é voltado para a avaliação de pessoas com habilidades reduzidas em leitura, comumente observadas na população-alvo do presente estudo.

Barbieri (1996) introduziu sugestões no texto dos itens do MMPI-IRF, visando aprimorar sua compreensão e demonstrando a viabilidade de sua aplicação oral, ou seja, com a leitura dos itens pelo aplicador. Ela ainda assevera a necessidade de instrumentos que permitam a avaliação de pessoas com baixa escolaridade no Brasil, considerando sua representatividade na população do país. No presente estudo, foi utilizada a versão do MMPI-IRF apresentada por Barbieri (1996), que apresenta algumas modificações na redação de alguns dos itens, de modo a torná-los mais compreensíveis para pessoas de baixa escolaridade. Além dessas mudanças, Barbieri (1996) descreveu as equações propostas por Ward e Selby (1980) para a conversão dos resultados brutos da forma IRF para a completa do MMPI, permitindo utilizar os dados normativos disponíveis para essa última versão do inventário.

O uso de MMPI-IRF se justifica por sua validade clínica (TAVARES, 2003), além de este ser um dos poucos Métodos de Autorrelato a ter passado por uma revisão crítica visando facilitar sua compreensão para pessoas com menor escolaridade, das quais a população-alvo do presente estudo faz parte. Desta forma, o método se mostra uma alternativa viável para os propósitos aqui delineados.

Deve-se ressaltar que outros Métodos de Autorrelato foram considerados para o presente trabalho, usando-se como base o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia. Os métodos que mais se aproximaram dos propósitos do presente trabalho foram o Inventário Fatorial de Personalidade – IFP (PASQUALI; AZEVEDO; GHESTI, 1997), o Inventário de Personalidade NEO Revisado – NEO-PI (COSTA JR; MCCRAE 2007), a Escala Fatorial de Ajustamento

Emocional/Neuroticismo (HUTZ; NUNES, 2001) e as Escalas de Personalidade de Comrey (COMREY, 2003). Apesar de outros autores terem realizado estudos com usuários abusivos de substâncias psicoativas utilizando algumas dessas técnicas (vide, por exemplo, MACIEL; YOSHIDA, 2006), o MMPI-IRF foi adotado ao invés dos métodos citados acima por duas razões em especial. Em primeiro lugar, as exigências de maiores níveis de escolaridade por parte desses métodos poderiam levar a dificuldades na seleção dos participantes do estudo, que fazem parte de uma população que comumente refere poucos anos de estudo. Em segundo, o fato desses métodos usarem apenas Escalas Likert para pontuação das respostas poderia levar à dificuldade de compreensão da tarefa por parte dos participantes. Essas duas dificuldades são contornadas com a utilização do MMPI-IRF, visto que este método é aplicado oralmente e usa respostas dicotômicas, tendo sido aperfeiçoado para o uso junto a populações com menor escolaridade.

Apesar do MMPI não estar aprovado no SATEPSI, Barbieri (1996) e Barbieri e Jacquemin (2001) ressaltam seu valor em termos da validade clínica de seus dados, o que não exclui a necessidade de normas atualizadas para esse instrumento de avaliação. Contudo, este método é dos poucos a apresentar características técnicas que facilitam seu uso junto a populações vulnerabilizadas como a população-alvo do presente trabalho, o que justifica sua adoção frente às outras alternativas consideradas.

Teste de Apercepção Temática (TAT). O TAT consiste num conjunto de 30 cartões que ilustram situações de relacionamento humano ou fantásticas, das quais 20 são apresentadas ao indivíduo (de acordo com seu sexo e faixa etária), a partir das quais se pede que este crie uma história. O teste foi criado por Henry Murray (MORGAN; MURRAY, 1935) e proposto como um teste de personalidade. Desde então diversos autores vêm propondo formas de utilizar e avaliar os dados advindos do uso desse Método de Autoexpressão (JACQUEMIN; BARBIERI, 2003).

Foi aplicada uma forma reduzida do TAT, composta por 10 cartões (vide Tabela 6), cuja escolha foi pautada em função das temáticas latentes suscitadas por elas, segundo descritas por França e Silva (1984) e Werlang (2000). A escolha dessas temáticas específicas foi realizada tomando como critério os conteúdos relevantes para a população-alvo do estudo, conforme descritos em outros trabalhos de orientação psicodinâmica sobre uso de substâncias (SOUZA, 1998; KESSLER ET. AL., 2003; MARTINS, 2003). A aplicação e análise do TAT seguiram as recomendações de Morval (1982, apud JACQUEMIN; BARBIERI, 2003) com os cartões tendo sido apresentadas na ordem descrita na Tabela 6. Essa ordem foi definida a

partir da experiência clínica do pesquisador com o TAT, a fim de permitir maior fluência entre os temas.

Tabela 6. Cartões do TAT usadas no presente estudo e temas latentes mobilizados por elas.

Cartão	Temas latentes
1	Ideal de Ego; Trabalho; Profissão; Relação entre Pais e Filhos.
2	Situações familiares; Ideal de Ego; Sexualidade; Trabalho; Profissão.
3RH	Superego; Depressão e suicídio.
4	Id; Perigo e Medo; Relação entre Pais e Filhos.
6RH	Situações familiares; Depressão e suicídio, Situação mãe-filho; Sexualidade.
7RH	Situações familiares; Situação Pai-filho.
8RH	Relações Familiares, Depressão e suicídio.
18RH	Agressividade, Perigo e Medo.
16	Ideal de Ego.
9RH	Superego; Sexualidade; Trabalho; Profissão.

2.4. *Procedimento*

Após a anuência para a realização da pesquisa e a assinatura do TCLE pela administração da instituição (Anexo 1), foram contatados internos ingressantes, conforme os critérios de seleção definidos para a pesquisa. Foi fornecida a estes uma breve explicação sobre o estudo e seus objetivos, seguida da aplicação do roteiro de triagem (Anexo 3) para verificação dos critérios de inclusão e exclusão. Entre Agosto de 2007 e Março de 2008, vinte pessoas atenderam aos critérios para participação no estudo, tendo sido convidados. Esses aceitaram o convite e assinaram o TCLE (Anexo 2), fazendo parte da amostra inicial do estudo.

Os participantes foram avaliados individualmente no início e ao final do tratamento previsto pela instituição (nove meses). Da amostra inicial de vinte pessoas, apenas sete concluíram o tratamento, tendo sido incluídos no presente estudo. Aqueles que foram selecionados para o estudo passaram por três sessões individuais de AP, que ocorreram na própria instituição (Fase pré-tratamento, doravante denominada pré-CT). Na primeira sessão aplicou-se o roteiro de entrevista; na segunda sessão, foi aplicado o MMPI-IRF na forma oral. Na terceira sessão, foram aplicados os cartões do TAT. As entrevistas da fase pré-CT ocorreram sempre no primeiro mês de internação, após duas semanas da entrada dos internos.

Ao final da internação (Fase pós-tratamento, doravante denominada pós-CT), os instrumentos de AP foram reaplicados, com a realização de três sessões de avaliação. Nas

duas primeiras sessões foram aplicados os instrumentos de AP (entrevista semiestruturada e MMPI-IRF na primeira sessão e TAT na segunda). Na terceira sessão, ocorrida uma semana após as duas primeiras entrevistas, foram realizadas entrevistas devolutivas com cada participante. Nestas entrevistas, os resultados das avaliações pré e pós-CT foram expostos e discutidos.

Todas as entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador em sala com condições adequadas de privacidade dentro da CT, em geral no intervalo entre as atividades ao final da tarde e a hora do jantar dos internos. A aplicação de todos os instrumentos de AP foi realizada oralmente, com o pesquisador tendo tomado notas das respostas dos participantes, incluindo observações sobre seu comportamento não-verbal. A aplicação do MMPI-IRF seguiu as recomendações de Barbieri (1996), enquanto a aplicação do TAT seguiu as recomendações de Morval (1982, apud JACQUEMIN, 2003). As entrevistas devolutivas foram planejadas e conduzidas seguindo-se as recomendações de Arzeno (1995a, 1995b).

Após cada entrevista realizada, o pesquisador registrou suas impressões num diário de campo, com notas orais gravadas digitalmente. Este diário também foi utilizado para registrar as observações clínicas do pesquisador e outros detalhes que não haviam sido registrados durante as entrevistas.

2.4.1. Análise dos resultados

Os dados obtidos através da AP foram analisados separadamente para cada caso e depois agrupados para apresentação no presente estudo. As entrevistas semiestruturadas foram analisadas por livre inspeção do material, seguindo uma orientação psicodinâmica (para uma ilustração desse tipo de avaliação, vide TRINCA; TARDIVO, 2000). A partir dessa análise, compôs-se um quadro da história de vida de cada participante e de suas vivências relacionadas à internação na CT.

Os dados obtidos por meio dos protocolos do MMPI-IRF foram codificados de acordo com as recomendações de Barbieri (1996) e Hathaway e McKinley (1971). Os protocolos pré e pós-CT foram comparados, considerando as escalas de validade e clínicas quanto às suas elevações ($\leq 70T$) e sua configuração (tipo de elevações que apareceram em conjunto, tendências a elevações e/ou rebaixamento nas escalas, além dos comentários dos participantes sobre suas respostas). A configuração de elevações nas escalas do MMPI-IRF também foi

analisada numa perspectiva psicodinâmica, tomando-se como base o estudo de Trimboli e Kilgore (1983).

As histórias do TAT foram analisadas segundo o referencial proposto por Morval (1982, apud JACQUEMIN; BARBIERI, 2003). Neste referencial, as histórias são categorizadas de acordo com o tema, os aspectos formais (tempos de latência e total, adequação ao estímulo, ordem temporal), heróis (incluindo seus atributos, necessidades e condutas), características do meio e desfechos. Essas categorias são analisadas em cada história (análise horizontal) e ao longo do protocolo (análise vertical), visando levantar informações sobre os dinamismos da personalidade. Os protocolos foram comparados nas duas etapas (pré e pós-CT), visando observar suas convergências e divergências, além das eventuais mudanças ao final da internação. Foram considerados os seguintes critérios para essa avaliação: qualidade dos aspectos formais (adequação ao estímulo e instruções, estruturação das histórias), predicados atribuídos aos heróis, condutas dos protagonistas (tipo, nível evolutivo e performance), natureza das necessidades e conflitos entre elas, características conferidas ao meio e tipos de desfecho das histórias. Esses indicadores foram categorizados a fim de permitir seu agrupamento, conforme pode ser visto na Tabela 7.

Tabela 7. Categorias e subcategorias utilizadas para a análise dos protocolos do TAT no presente estudo.

Categorias a partir do modelo de Morval (apud JACQUEMIN; BARBIERI, 2003)	Subcategorias	Definição operacional da Subcategoria
Todos os indicadores	<ul style="list-style-type: none"> Número de ocorrências 	<ul style="list-style-type: none"> Número de vezes em que o indicador pareceu no protocolo.
Qualidade Formal das Histórias	<ul style="list-style-type: none"> Descrição do cartão / histórias pouco elaboradas 	<ul style="list-style-type: none"> Histórias com detalhes superficiais, como pouca ênfase nas vivências emocionais dos personagens em seus relacionamentos, histórias curtas ou com finais abruptos.
	<ul style="list-style-type: none"> Histórias curtas 	<ul style="list-style-type: none"> Histórias com Tempo Total menor que 4 minutos.
	<ul style="list-style-type: none"> Histórias longas 	<ul style="list-style-type: none"> Histórias com Tempo Total maior que 5 minutos.
	<ul style="list-style-type: none"> Invasão afetiva durante a produção das histórias 	<ul style="list-style-type: none"> Presença de comentários sobre o teste (como críticas ou impressões sobre os cartões) ou autoreferentes durante as histórias, ou de sinais de angústia intensa, vivenciadas durante a produção das histórias.
	<ul style="list-style-type: none"> Omissão de detalhes relevantes 	<ul style="list-style-type: none"> Omissão de detalhes dos cartões, tais como a mulher grávida no cartão 2, revólver no cartão 3RH, quadro ao fundo no cartão 4 ou espingarda no cartão 8RH e seu significado clínico de acordo com cada protocolo.
Atributos dos Heróis	<ul style="list-style-type: none"> Atributos Negativos 	<ul style="list-style-type: none"> Exemplos: nervoso, ruim, preguiçoso, bandido, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> Atributos Positivos 	<ul style="list-style-type: none"> Exemplos: dedicado, trabalhador, estudioso, bondoso, feliz, etc.

Categorias a partir do modelo de Morval (apud JACQUEMIN; BARBIERI, 2003)	Subcategorias	Definição operacional da Subcategoria
Tipos de necessidades	<ul style="list-style-type: none"> Vide lista em Jacquemin e Barbieri (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> Vide definições em Jacquemin e Barbieri (2003).
Condutas dos Heróis (em relação às necessidades)	<ul style="list-style-type: none"> Condutas de Aprendizagem Social 	<ul style="list-style-type: none"> Condutas com algum grau de controle do herói sobre seus impulsos.
	<ul style="list-style-type: none"> Condutas Primitivas 	<ul style="list-style-type: none"> Condutas de caráter instintivo ou regressivas, como comer, beber, bater, chorar, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> Tipos de performance (Afetivas, Suspensivas, Preparatória, Consumativas ou Fictícias) 	<ul style="list-style-type: none"> Organização e eficácia das condutas para atingir o objetivo (JACQUEMIN; BARBIERI, 2003).
	<ul style="list-style-type: none"> Estilo da conduta 	<ul style="list-style-type: none"> Características atribuíveis à conduta, como sua coordenação, tenacidade, iniciativa, passividade, etc.
Características atribuídas ao meio (físico e social)	<ul style="list-style-type: none"> Não existente ou pouco relevante 	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de descrições sobre o meio em que as histórias acontecem, ou atribuição de características sem importância para a história.
	<ul style="list-style-type: none"> Pressão a favor do herói 	<ul style="list-style-type: none"> Descrição de características ou ações do meio que favorecem a satisfação das necessidades do herói.
	<ul style="list-style-type: none"> Pressão contra o herói 	<ul style="list-style-type: none"> Oposto ao item acima.
Tipos de Desfechos das Histórias (de acordo com as necessidades)	<ul style="list-style-type: none"> Fracasso ou Sucesso 	<ul style="list-style-type: none"> Essas subcategorias se referem a como os desfechos das histórias se aproximam ou se afastam das motivações do herói (JACQUEMIN; BARBIERI, 2003).
	<ul style="list-style-type: none"> Total ou Parcial 	<ul style="list-style-type: none"> Grau de satisfação da necessidade.
	<ul style="list-style-type: none"> Voluntário ou Involuntário 	<ul style="list-style-type: none"> Grau de participação do herói nas ações que determinaram o desfecho da história.

O conjunto de dados foi analisado segundo uma perspectiva psicodinâmica, a partir dos trabalhos de Arzeno (1995a), Barbieri (2002), Bergeret (1988) e Winnicott (1983; 2000). Foi feito um estudo de caso a partir dos dados obtidos na fase Pré-CT, bem como na Fase Pós-CT, realizando-se uma comparação das condições psicológicas observadas nas duas fases.

A partir das dimensões e domínios do processo de mudança propostos por De Leon (2003), elaborou-se um quadro de avaliação das condições psicológicas de cada interno nas duas fases da AP (pré e pós-CT), exposto nas Tabelas 8 a 11. Este quadro foi composto a partir dos indicadores obtidos na AP relacionados às variáveis psicológicas/psicodinâmicas associadas a cada dimensão do processo de mudança. Tendo em vista o caráter dinâmico dessas dimensões, realizou-se uma comparação com as variáveis (ou construtos) psicológicos descritos nos principais trabalhos de orientação psicodinâmica que embasaram a análise dos dados obtidos (ARZENO, 1995a; BARBIERI, 2002; BERGERET, 1998; GABBARD, 1998; KESSLER et al., 2003; WINNICOTT, 1983; 2000).

Tabela 8. Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão de Membro da Comunidade.

Domínio	Definição Operacional	Principal(ais) variável(eis) psicodinâmica(s) relacionada(s) ao domínio	Indicador(es) da AP associado(s) à(s) variável(eis) psicodinâmica(s)
Agregação	Vínculo do indivíduo com a comunidade de internos.	Representações acerca da CT e seus membros.	<ul style="list-style-type: none"> • Impressões sobre a CT, o tratamento e os vínculos com os internos, conforme referidas na entrevista semiestruturada; • Expectativas acerca do tratamento, conforme referidas na entrevista semiestruturada; • Pontuação nas escalas Pa e Si do MMPI-IRF; • Tipo de relacionamento entre membros de um grupo nas histórias do TAT; • Presença de indicadores nas histórias do TAT (temas, atributos dos heróis e suas necessidades, características do meio e tipos de desfecho) relacionadas ao domínio, em histórias sobre grupos, tratamento ou situações correlatas.
Modelo de Atuação	Grau em que o interno atende às expectativas comportamentais da comunidade.	Representações dos participantes acerca de seus comportamentos objetivos na CT, em relação às expectativas da mesma.	<ul style="list-style-type: none"> • Impressões sobre a adaptação do interno às regras e expectativas da CT, conforme referidas durante entrevista semiestruturada; • Impressões dos participantes acerca de si mesmos ao final do tratamento, bem como de vivências relacionadas a essa dimensão, conforme referido na entrevista semiestruturada; • Características das histórias do TAT (temas, atributos dos heróis e suas necessidades, características do meio e tipos de desfecho), em relação à identificação das mesmas com as expectativas da CT.

Segundo De Leon (2003), a Dimensão de Membro da Comunidade se refere à forma como os internos se vinculam à CT e suas normas, bem como a forma como atendem às expectativas da mesma. As mudanças esperadas nessa dimensão se referem a um vínculo gradativamente maior com a CT enquanto proposta de tratamento e enquanto um grupo que oferece apoio e *feedback*, além de atender às expectativas relacionadas aos comportamentos saudáveis e de comprometimento com o tratamento. Dessa forma, os indicadores da AP relacionados a esses domínios são aqueles relativos às impressões que os participantes referiram sobre o tratamento e suas normas. Deve-se ressaltar que, assim como nos quadros seguintes, o foco se volta para os indicadores indiretos desses

comportamentos, tendo em vista que uma apreciação dos comportamentos objetivos nesses domínios demandaria outra estratégia de pesquisa que não a AP.

Tabela 9. Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão de Socialização.

Domínio	Definição Operacional	Principal(ais) variável(eis) psicodinâmica(s) relacionada(s) ao domínio	Indicador(es) da AP associado(s) à(s) variável(eis) psicodinâmica(s)
Desvio Social	Grau de orientação do interno para um estilo de vida antissocial*.	<ul style="list-style-type: none"> Intensidade da tendência antissocial (WINNICOTT, 2000); Presença de mecanismos de defesa associados à tendência antissocial, tais como a dissociação, e a racionalização; Dificuldades na consideração do outro, devido ao excessivo narcisismo ou por ausência de empatia. 	<ul style="list-style-type: none"> Presença de histórico de comportamento antissocial além do abuso de substâncias, a partir da entrevista semiestruturada (histórico criminal, envolvimento em situações de violência, por exemplo); Impressões dos participantes acerca de si mesmos, do abuso de substâncias e seus relacionamentos interpessoais, referidas pelo mesmo na entrevista semiestruturada; Pontuações nas escalas L, F, Pd e Ma do MMPI-IRF; Presença e tipo de características antissociais nos temas, atributos dos heróis e suas necessidades, características do meio e tipos de desfecho das histórias do TAT.
Habilitação	Grau de treinamento adquirido previamente ou desenvolvido na CT relativo a habilidades educacionais e trabalhistas, bem como de habilidades sociais e interpessoais nessas áreas.	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de transferência estabelecida com o pesquisador durante as entrevistas de AP; Representações do participante acerca de seus relacionamentos interpessoais e ambientes de trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> Impressão clínica do vínculo transferencial estabelecido durante a AP, conforme referido no diário de campo do pesquisador; Relatos sobre a internação a partir da entrevista semiestruturada, relacionados a experiências de formação profissional ou ao aprendizado de novas formas de se relacionar interpessoalmente no ambiente de trabalho ou estudo; Características das histórias do TAT (temas, atributos dos heróis e suas necessidades, características do meio e tipos de desfecho), nas histórias que abordam situações de trabalho ou estudo.
Valores de bem viver	Identificação e introjeção de valores de bem viver da CT (DE LEON, 2003), tais como honestidade, autoconfiança, atenção responsável, responsabilidade para com a comunidade e valorização do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Qualidade dos relacionamentos interpessoais estabelecidos; Grau de internalização de objetos bons e consideração do outro nas relações. 	<ul style="list-style-type: none"> Relatos dos participantes sobre sua internação durante a entrevista semiestruturada acerca dos seguintes temas: relacionamento com outros internos, questões religiosas/espirituais, conquistas almeçadas e alcançadas com o tratamento e o aprendizado dos valores de bem viver; Pontuações nas escalas F, Pd e Ma do MMPI-IRF; Características das histórias do TAT

	como dimensão de realização pessoal.		(temas, atributos dos heróis e suas necessidades, características do meio e tipos de desfecho), relacionadas a valores de bem viver.
--	--------------------------------------	--	--

* Nesse caso, as expectativas do tratamento são do abandono desse estilo de vida por parte do interno.

A dimensão de Socialização se refere à internalização dos valores da CT, em especial aqueles relacionados aos relacionamentos interpessoais esperados por esse modelo de tratamento. Dessa forma, os indicadores da AP mais associados a essa dimensão são aqueles que descrevem a forma como os participantes estabelecem relações interpessoais, bem como das dificuldades nessa direção.

Tabela 10. Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão de Desenvolvimento.

Domínio	Definição Operacional	Principal(ais) variável(eis) psicodinâmica(s) relacionada(s) ao domínio	Indicador(es) da AP associado(s) à(s) variável(eis) psicodinâmica(s)
Maturidade	Grau de crescimento pessoal, relacionado ao controle dos impulsos, relacionamento com figuras de autoridade, modelos adultos de relacionamento interpessoal e maior tolerância à frustração.	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de controle dos impulsos; • Tipo de relacionamento estabelecido com figuras de autoridade; • Grau de tolerância à frustração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatos dos participantes durante a entrevista semiestruturada relacionados ao controle dos impulsos; • Expectativas quanto ao tratamento referidas pelos participantes na entrevista semiestruturada; • Impressões e importância atribuída ao tratamento e aos problemas relacionados ao uso de substâncias, conforme referido na entrevista semiestruturada; • Impressões dos participantes sobre si mesmos e seus relacionamentos interpessoais, conforme referido na entrevista semiestruturada; • Perfil das pontuações nas escalas do MMPI-IRF (elevações, configuração das mesmas). • Tipo de relacionamento estabelecido pelos heróis das histórias do TAT com figuras de autoridade, ou do tipo de figuras presentes nessas histórias; • Características das histórias do TAT (temas, atributos dos heróis e suas necessidades, características do meio e tipos de desfecho), em relação ao seu nível de maturidade; • Síntese geral dos dados da AP, a fim de avaliar o grau de integração egoica.
Responsabilidade	Grau de consciência e responsabilidade perante os outros no cumprimento de obrigações e promessas e nas relações interpessoais.	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de funcionamento antissocial (vide Tabela 10, Domínio de Desvio Social); • Qualidade das vivências de culpa; • Tipo de <i>locus</i> de controle predominante (interno ou externo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Impressões dos participantes durante a entrevista semiestruturada sobre os seguintes temas: razões para internação, percepção de si mesmo e formas de lidar com responsabilidades em geral; • Pontuações nas escalas “neuróticas” (TRIMBOLI; KILGORE, 1983) do MMPI-IRF (D, HY e PT); • Pontuações nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa (D, PD, PT, PA, MA);

			<ul style="list-style-type: none"> • Características das histórias do TAT (atributos dos heróis e suas necessidades, condutas, conjunto e tipos de desfecho), em relação ao grau de autonomia dos heróis e de suas condutas, além da influência do conjunto nestas.
--	--	--	--

A dimensão de Desenvolvimento se relaciona ao grau de amadurecimento pessoal e de consideração do outro, permitindo assumir mais responsabilidades nos relacionamentos interpessoais. Desta forma, os indicadores da AP associados a essa dimensão são aqueles relacionados ao grau de integração egoica, da extensão das vivências da posição depressiva, conforme descrita por Melanie Klein (WINNICOTT, 1983), além do *locus* de controle (ABBAD; MENESES, 2004) predominante (interno ou externo).

Tabela 11. Quadro de avaliação do processo de mudança na Comunidade Terapêutica a partir dos indicadores da Avaliação Psicológica – Dimensão Psicológica.

Domínio	Definição Operacional	Principal(ais) variável(eis) psicodinâmica(s) relacionada(s) ao domínio	Indicador(es) da AP associado(s) à(s) variável(eis) psicodinâmica(s)
Habilidades Cognitivas	Desenvolvimento das seguintes habilidades: <ul style="list-style-type: none"> • Consciência do próprio comportamento e comportamentos dos outros; • Discriminação de pensamentos e sentimentos negativos e relacionados a drogas, bem como a relação entre pensamentos e sentimentos passados e atuais; • Uso de mecanismos de defesa mais amadurecidos; • Contato com as realidades interna e externa; • Receptividade aos relacionamentos interpessoais (em contraste com o retraimento nestes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de autoconhecimento; • Tipo de mecanismos de defesa mais usualmente empregados pelos participantes; • Qualidade dos relacionamentos interpessoais estabelecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de concordância das autoobservações com as observações do pesquisador durante a entrevista devolutiva; • Perfil das pontuações nas escalas do MMPI-IRF, e dos mecanismos de defesa associados às mesmas (TRIMBOLI; KILGORE, 1983); • Pontuações nas escalas K e SI do MMPI-IRF; • Impressões dos participantes sobre os seguintes temas, conforme referido na entrevista semiestruturada: relacionamentos interpessoais, problemas associados ao uso abusivo de substâncias, percepção de si mesmo no início e ao final do tratamento; • Características das histórias do TAT (qualidade formal, atributos dos heróis e suas necessidades, condutas, meio e desfechos), em relação ao desempenho no teste, uso de recursos criativos, principais mecanismos de defesa utilizados e organização geral das histórias e das ações dos heróis; • Variação dos temas das histórias do TAT, frente aos temas suscitados pelas mesmas (vide Tabela 8).

Domínio	Definição Operacional	Principal(ais) variável(eis) psicodinâmica(s) relacionada(s) ao domínio	Indicador(es) da AP associado(s) à(s) variável(eis) psicodinâmica(s)
Habilidades Emocionais	<p>Desenvolvimento das seguintes habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivência de estados emocionais variados; • Expressão dos estados emocionais (em contraste com o retraimento ou fechamento em si), de forma mais socializada; • Identificação das emoções vivenciadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos e intensidade das vivências afetivas; • Grau de estereotipia dos mecanismos de defesa; • Grau de autoconhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatos das vivências emocionais dos participantes ao longo da AP, a partir da entrevista semiestruturada e relatos do diário de campo do pesquisador; • Pontuações nas escalas “neuróticas” (TRIMBOLI; KILGORE, 1983) do MMPI-IRF; • Qualidade de elaboração e coerência das histórias do TAT e variação dos temas; • Tipos de vivências emocionais dos heróis das histórias do TAT; • Tipos de mecanismos de defesa (vide linha acima), seu grau de variabilidade/estereotipia e grau de desenvolvimento dos mesmos; • Grau de integração egoica, a partir da síntese dos dados da AP.
Bem-estar Psicológico	<p>Reduções nas vivências de descompensação como estados de disforia, anedonia, ansiedade, depressão e hostilidade.</p>	<p>Tipo e grau de vivências de descompensação (BERGERET, 1988).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepções dos participantes sobre si mesmos e sobre suas condições emocionais durante a entrevista semiestruturada; • Presença de queixas dos participantes sobre saúde, sono ou nutrição, durante entrevista semiestruturada; • Presença de vivências descompensadas ao longo da AP (entrevista semiestruturada, desempenho durante testagem); • Pontuações nas escalas do MMPI-IRF; • Tipos de vivências emocionais dos heróis das histórias do TAT; • Características das histórias do TAT (temas, qualidade formal, atributos dos heróis e suas necessidades, condutas e conjunto), em relação ao grau de compensação das vivências afetivas; • Presença de critérios para diagnóstico de comorbidade, não identificados na triagem prévia à AP, a partir da síntese dos dados.

A dimensão Psicológica é aquela cujas definições operacionais mais se aproximam das descrições de construtos psicodinâmicos, avaliados através da AP. Em termos gerais, os domínios dessa dimensão se referem ao grau de desenvolvimento e integração dos recursos cognitivos e afetivos da personalidade, além do grau de bem-estar psicológico. Desta forma, os indicadores da AP relacionados a essa dimensão são os mesmos usados para descrever o funcionamento da personalidade e a presença e extensão de vivências patológicas ou de descompensação (BERGERET, 1988).

2.5. *Aspectos Éticos*

Primeiramente realizou-se contato com a CT para apresentar o projeto de pesquisa. Com o assentimento da instituição, foi assinado o TCLE por seu responsável (vide Anexo 1). Em seguida, o projeto foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da FFCLRP-USP. Após a aprovação por esse Comitê (vide Anexo 5), os participantes selecionados também assinaram um TCLE a eles dirigido (Anexo 2), ressaltando a não-obrigatoriedade em participar do estudo, bem como a possibilidade de desistir de participar do mesmo sem qualquer ônus. Como já referido, ofereceu-se aos participantes uma entrevista de devolução dos resultados das avaliações, realizada com os sete participantes avaliados no início e ao final do tratamento.

3. RESULTADOS

3.1. *Avaliação dos internos no início do tratamento – Fase Pré-CT*

Nesta seção, são apresentados os resultados da avaliação dos internos no início do tratamento (Fase Pré-CT). O grupo é descrito a partir das dimensões do processo de mudança propostos por De Leon (2003), usando os resultados obtidos durante as entrevistas de AP. Algumas hipóteses são levantadas a partir dos dados, as quais serão discutidas em maiores detalhes na seção 4 (Discussão).

3.1.1. *Dimensão 1: Membro da Comunidade*

3.1.1.1. *Domínio 1.1: Agregação*

Este domínio consiste no tipo de vínculo estabelecido pelos participantes com a comunidade de internos, o qual pode ser inferido através das representações dos primeiros sobre a CT e seus membros. As impressões iniciais sobre o tratamento, ou seja, a inclusão no grupo de iguais, com papéis, regras e atividades estruturadas e altamente definidas, podem ser divididas em dois grupos, conforme a experiência anterior dos participantes da pesquisa. Dos sete participantes, três estavam se internando pela primeira vez e quatro haviam passado por outras CTs. O primeiro grupo referiu que, antes de se internarem, imaginavam o tratamento como coercitivo e baseado num modelo que lembra os antigos manicômios:

“(...) imaginava que ia ficar trancado num quarto tomando remédio.” (Diego)

“(...) achava que era pra louco, gente babando.” (Émerson)

Entre os participantes que já haviam se tratado em outras CTs, dois deles (Adalberto e Caio) haviam ficado poucos dias numa instituição anterior antes de se transferirem para o local onde a pesquisa foi realizada, enquanto os restantes (Benedito e Francisco) haviam passado por, respectivamente, seis e quatro internações anteriores em CTs.

Com relação ao início do tratamento, alguns participantes fizeram comentários que, na mesma direção das falas anteriormente expostas, se referem à dificuldade em se aceitar como interno em tratamento:

“No começo eu não estava procurando [tratamento], não.” (Adalberto)

“Não espero ajuda, não, pra mim o tratamento é individual.” (Émerson)

Relatos como o acima também servem de ilustração sobre as dificuldades de relacionamento com grupo de iguais. Enquanto quatro participantes referiram dificuldades de convivência com outros internos no início do tratamento, outros dois não se referiram ao grupo de iguais como um elemento do tratamento (vide acima, por exemplo); apenas um participante referiu se sentir parte do grupo, mostrando-se receptivo ao mesmo. Os relatos abaixo mostram algumas dessas situações:

“Não me sinto motivado por quem está no fim do tratamento, quero ser diferente quando eu estiver nessa fase.” (Caio)

[Que tipo de ajuda você espera receber aqui?] “Ajuda espiritual, ajuda, verbal, uma conversa, com amigos, uma ajuda familiar, porque a gente recebe ajuda de quem a gente quiser, então, da comunidade, das pessoas, aqui dos familiares, espero receber muita ajuda aqui.” (Geraldo)

Perguntados sobre o que entendiam por um tratamento dentro da CT, o grupo referiu dois tipos de representações: por um lado, o desenvolvimento de um novo estilo de vida, oposto ao estilo atual dos internos; por outro lado, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento das questões relacionadas à dependência de substâncias:

“Esse negócio de internar aqui não é pra cabeça. Aqui é um lugar pra mostrar um sentido pra vida.” (Diego)

“Tem quem pensa que o tratamento não faz nada, depende do psicológico de cada um. Acho que o tratamento te dá uma caixa de ferramenta [sic] pra você enfrentar; te dá as armas pra você combater lá fora. Aqui dentro não adianta muito, eles te dão as armas pra lutar lá fora.” (Caio)

Ainda nessa direção, três participantes enfatizaram que o tratamento depende da motivação própria e não do grupo (vide fala acima). Dessa forma, pode-se afirmar que a maior parte dos internos no início do tratamento apresentava dificuldades de agregação ao

grupo de iguais, parecendo estar mais vinculado à CT como instituição e não como modelo de convivência grupal.

A partir dos instrumentos de AP, algumas dessas representações acima podem ser compreendidas como uma dificuldade para vincular-se a relacionamentos em geral, permeada por sentimentos de ambivalência. Com relação aos escores nas escalas Pa e Si do MMPI-IRF, observou-se a distribuição apresentada na Tabela 12.

Tabela 12. Distribuição dos escores T dos participantes do estudo nas escalas Pa e Si do MMPI-IRF na fase Pré-CT.

Escala/ Tipo de escore	Escore na média	Escore tendendo a elevado (entre T60 e T70)	Escore Elevado ($\geq T70$)
Pa	4 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência
Si	4 ocorrências	3 ocorrências	-

Como pode ser observado na Tabela 12, houve um equilíbrio entre escores elevados ou tendendo a elevado e escores médios nas escalas Pa e Si, que informam sobre habilidades relacionadas ao estabelecimento de relações interpessoais. Dessa forma, pode-se pensar que o grupo como um todo apresenta algumas dificuldades no estabelecimento dessas relações, sem que, contudo, essa habilidade esteja severamente ameaçada. Nesse sentido, é interessante observar que seis participantes referiram, durante a entrevista, que fazem amizades novas facilmente. Alguns deles se viram como pessoas tímidas inicialmente, colocando-se mais à vontade num momento posterior:

“Não sou muito tímido não; posso até ser um pouco, mas sou um cara zoão.” (Benedito)

Durante o TAT, nas histórias em que houve referência a situações de grupo, o grupo referiu um total de 29 indicadores, seja relacionado aos heróis (atributos, necessidades e condutas) ou ao meio. Destes, a maioria (18) eram favoráveis a esses relacionamentos (vide Tabela 13). Um exemplo de história nesse sentido é transcrita abaixo:

(Adalberto – Cartão 9RH, TL 15”, TT 4’55”): “Depois de mais um dia de luta, de trabalho pra essas pessoas aqui, agora elas tão descansando. Aqui mostra uma pessoa, um grupo delas, de pessoas guerreiras, que tão aqui através do trabalho buscando algo pra família dele [sic], pra vida dele. Aqui também mostra um trabalho em conjunto. [o que as pessoas estão pensando nesse momento?] Em grupo, eles tão pensando no que eles podem fazer pra melhorar aquilo o que eles tão planejando. [o que estão planejando?]. Um grupo que eles tão buscando algo, planejando algo, aqui mostra que eles tão no campo, porque aqui você mexe com muitas coisas [como termina?] Com a compreensão do grupo e o esforço de cada um deles, eles conseguem o objetivo deles,

nesse momento eles tão com um pensamento do gratidão por ter conseguido obter a meta deles.” (Título: Um grupo de pessoas lutando pra conseguir seu objetivo.)

Além de ilustrar uma situação de colaboração em grupo, é interessante notar a ausência de um objetivo definido a ser atingido na história. Esse detalhe sugere a dificuldade inicial em agregar-se à proposta do tratamento na CT, a qual ainda é desconhecida pelo participante. Situações semelhantes aparecem nas histórias de outros participantes, sugerindo que estes vivenciem sentimentos de incerteza quanto ao tipo de relacionamento a ser estabelecido dentro da CT. Assim como na história acima, parece haver o desejo de se vincular, ainda que não se saiba ao certo como será essa relação.

Além da contagem dos indicadores e sua categorização em favorável ou não aos relacionamentos grupais, realizou-se uma análise do grau de contribuição de cada indicador para o desfecho da história, utilizando as mesmas categorias descritas por Jacquemin e Barbieri (2003) para o desfecho das histórias a partir das necessidades dos heróis (vide Tabela 7). Essa categorização foi feita a fim de observar a presença desses indicadores e sua influência nas histórias criadas pelos participantes. A síntese desses dados é exposta na Tabela 13.

Tabela 13. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionadas a situações de grupo na fase Pré-CT, quanto ao grau em que favorecem relacionamentos grupais e sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências
Indicador favorável aos relacionamentos grupais	18
Indicador desfavorável aos relacionamentos grupais	11
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 18 Fracasso Total Involuntário: 4 Em suspenso: 3 Fracasso Total Voluntário: 2 Sucesso Total Involuntário: 1

Como pode ser observado, os indicadores favoráveis aos relacionamentos entre os membros de um grupo contribuem de forma exitosa para o desfecho da história na maioria destas. Contudo, algumas histórias referem dificuldades de convivência e mesmo o temor associado a esta, como ilustra a história transcrita abaixo:

(Francisco – Cartão 18RH, TL 22”, TT 5’31”) “Essa é uma história de Tiago. Tiago se achava muito esperto, enganava os outros, manipulava sua família, ganhava dinheiro enganando. Por muito tempo, Tiago, é Tiago o nome dele, né? [sim] Tiago conseguiu, com suas falcatroas, falcatroas [sic], né?, enganar, se esconder, e

fugir da lei. Mas Tiago não esperava que seria traído por seus próprios comparsas. Tiago, Pedro, e João, haviam maquinado um assalto no banco da cidade em que moravam. Seus dois amigos tinham inveja de Tiago, que tudo que fazia, dava certo, e decidiram, tirar Tiago de circulação, pois pensavam que sem Tiago nas ruas, haveria mais possibilidades de se dar [sic] bem. Com uma denúncia anônima, seus amigos, o denunciaram, o local, o dia e o horário do assalto. Tiago esperava por muito tempo no lugar combinado por seus amigos, vendo que já se passava muito tempo, Tiago, irritado, decide, por si mesmo, o assalto. Mas a justiça, a polícia, já de espreita, esperava por Tiago, que é preso como chama? [pergunta pelo termo “em flagrante”] ...em flagrante. Ponto final.” (Título: Por pouco tempo.)

Dessa forma, com relação ao domínio Agregação, os participantes podem ser divididos em três perfis. No primeiro, que inclui os participantes Adalberto, Benedito, Caio e Diego, há a menção a situações de grupo e o desejo em tomar parte dessas, ainda que com certo distanciamento e sentimentos de incerteza quanto a como se darão esses relacionamentos. No segundo perfil, que inclui os participantes Émerson e Francisco, as referências a situações de grupo são predominantemente permeadas por conflitos, levando à evitação das mesmas no início do tratamento – deve-se notar que esses dois participantes não referiram o grupo de iguais como um elemento do tratamento, afirmando que haviam estabelecido relacionamentos mais próximos apenas com os monitores da CT e com um ou dois internos (para mais detalhes sobre os relacionamentos estabelecidos pelos participantes, vide as próximas subseções). Por fim, o participante Geraldo se descreveu como sociável e referiu o grupo de iguais como uma fonte de apoio no início do tratamento, referindo sentimentos de pertença e disponibilidade para os relacionamentos em grupo.

3.1.1.2. *Domínio 1.2: Modelo de Atuação*

Neste domínio, são observados os indicadores relativos ao grau no qual os participantes atendem às expectativas em termos de comportamentos e atitudes preconizados pela filosofia da CT. O grupo como um todo apresentou poucos indicadores nessa direção, o que é esperado tendo em vista o início do tratamento. Dos sete participantes do estudo, apenas dois fizeram referência a comportamentos condizentes com as expectativas da CT nessa fase. Um deles (Diego) referiu se perceber “agitado por dentro” ao ver outros internos não levarem a sério o tratamento. Já Francisco referiu que, numa internação anterior numa outra CT, havia sido convidado a fazer parte da equipe como monitor, tendo recaído cerca de duas semanas antes de assumir o cargo.

Alguns participantes referiram situações que podem ser entendidas como fatores de proteção contra o uso abusivo de substâncias, e portanto condizentes com as expectativas da CT. Nessa direção, quatro participantes referiram gostar de praticar esportes – um deles (Caio) chegou a jogar futebol profissionalmente, tendo abandonado o esporte devido ao uso de crack. Três participantes fizeram referências explícitas à valorização da espiritualidade⁴ em suas vidas – um deles (Adalberto) referiu que fazia parte de um grupo de oração, que havia abandonado cerca de três meses antes de internar.

Por outro lado, participantes como Caio e Benedito referiram dificuldades de convivência com outros internos. Caio relatou que considerava essa convivência “um sofrimento” assim como a rotina da CT, referindo-se a estas como as “armas” a serem adquiridas com o tratamento para lidar com a dependência de substâncias.

Os indicadores nas histórias do TAT relacionadas a este domínio podem ser vistos na Tabela 14. Pode-se observar que maioria desses são condizentes com as expectativas da CT, aparecendo principalmente em situações nas quais os heróis ou o meio exercem proteção, na forma de preocupação com o bem-estar do outro, ou de situações de realização pessoal e profissional. Como pode ser observado na Tabela 14, a maior parte dos indicadores tem uma influência direta na história (Sucesso Total Voluntário). Abaixo são transcritos dois exemplos de histórias nessa direção:

(Émerson – Cartão 7RH, TL 11”, TT 3’13”) “Tô [sic] vendo um pai e um filho, conversando, sobre trabalho, pelo pai ser muito experiente, tá prestes a deixar tudo pro filho tomar conta, tá [sic] numa idade avançada, e ele tá querendo ter certeza que tá deixando em boas mãos, ensinando como administrar, como fazer bons negócios. Também tá fazendo pro filho pra, apesar de ter muito dinheiro, não se achar o melhor, não maltratar ninguém, que é rico ou pobre, todos somos iguais. E depois de algum tempo, o filho passa a ser um empresário bem-sucedido, sempre seguindo os conselhos do pai, tendo muito respeito com os funcionários e com as pessoas que estão ao redor dele. Só.” (Título: Um homem de caráter, um bom caráter.)

(Caio – Cartão 2, TL 11”, TT 6’19”) “Vixi, tá me, isso aqui é uma fórmula [sic] de uma paisagem vou expressar da forma que eu to [sic] pensando, é de uma moça, que ela está com os livros em suas mãos, pode por a Bíblia [Bíblia?]. Isso, e seu marido está arranhando o cavalo para ela, ele, sua mãe, ir para igreja. Enquanto isso, ela está olhando a paisagem, pensando em Deus e nas boas coisas que virão na sua vida. Enquanto isso, sua mãe está encostada em uma árvore, esperando seu genro acabar de selar o cavalo para ir para a igreja. [O que ela está pensando?] Ela tá pensando nas coisas boas da vida, pensando em seu casamento e no futuro de sua mãe [E

⁴ No jargão da CT onde a pesquisa foi realizada, “espiritualidade” se refere a qualquer atividade de cunho religioso que ocorre na instituição (tais como missas, orações, leituras bíblicas, por exemplo), assim como a dimensão religiosa/espiritual comumente valorizada nas CTs, principalmente no Brasil e América Latina, de acordo com De Leon (2003).

a mãe, o que está pensando?] A mãe tá pensando, ela tá com os olhos fechados aqui, tá pensando na alegria da sua filha, olhando seu genro selar o cavalo para ir à igreja. [E o homem, o que tá pensando?] O homem tá selando o cavalo ele tá pensando em selar o cavalo pra ir pra igreja. (entrega o cartão) [E depois, o que acontece?] Eles vão pra igreja, e lá o rapaz, que é seu genro, pede a mão da moça em casamento, porque ele tava concentrado aqui, mas a fórmula expressiva era de pedir a mão dela em casamento, ele tava pensando na oportunidade certa. [Como a história termina?]. Termina que ela aceita o pedido e marca uma data, e convida sua mãe para morar junto, que ela é viúva.” (Título: O pedido de Deus.)

Nas transcrições acima, pode-se observar que os indicadores relacionados às expectativas da CT quanto ao funcionamento pessoal e interpessoal são permeados por mecanismos de idealização, ainda que a intensidade desse mecanismo varie para cada participante. Nesse sentido, são observado dois perfis de histórias com aspectos idealizados: no primeiro perfil, que engloba as histórias dos participantes Adalberto, Benedito, Caio e Diego, os aspectos idealizados parecem empobrecer a qualidade das histórias, levando a tramas simples, quase próximas da descrição dos personagens (vide a história de Caio transcrita acima) ou a elementos pouco definidos nas histórias, como observado no cartão 9RH do protocolo de Adalberto, transcrita na subseção anterior.

Tabela 14. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao domínio 1.2 (Modelo de Atuação) na fase Pré-CT, quanto ao grau de coerência com as expectativas da CT e sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências
Indicador relacionado às expectativas da CT	72
Indicador não-relacionado às expectativas da CT	19
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 56 Fracasso Total Involuntário: 15 Em suspenso: 10 Sucesso Total Involuntário: 3 Sucesso Parcial Voluntário: 3 Fracasso Total Voluntário: 2 Sucesso Total Involuntário: 1 Fracasso Parcial Involuntário: 1

Nas histórias dos outros participantes (Émerson, Francisco e Geraldo), também são observados aspectos idealizados, ainda que estes pareçam mais integrados e estejam presentes em histórias mais ricas em detalhes (vide, por exemplo, a história de Émerson no cartão 7RH, transcrita acima). Dessa forma, o alto número de indicadores relacionados às expectativas da CT pode ser compreendido como a busca empreendida pelos participantes em atender a essas expectativas, ainda que nesse momento poucos deles estejam integrados à CT e sua filosofia.

O uso de idealização também pode ser entendido como a contraparte da projeção de elementos agressivos de caráter antissocial observados ao longo da AP nessa fase, como será abordado na próxima subseção.

3.1.2. Dimensão 2: Socialização

3.1.2.1. Domínio 2.1: Desvio Social

Os participantes como um todo apresentaram diversos indicadores relacionados a esse domínio, em que se analisa o grau de orientação dos participantes para um estilo de vida antissocial. Apesar de cinco participantes terem referido que suas preocupações com relação a seus problemas com a justiça são muito baixas, três deles (Adalberto, Caio e Francisco) referiram histórico criminal na adolescência, com prisões por porte de drogas e cumprimento de medidas socioeducativas. Além disso, três participantes (Adalberto, Benedito e Émerson) apresentaram histórico criminal na idade adulta, com os dois últimos tendo sido presos e processados por queixas como agressão e assassinato, enquanto Adalberto se envolveu em situações de agressão com seu padrasto. Além disso, dois participantes (Émerson e Francisco) referiram atividade criminal, sem envolvimento com a Justiça. Apenas os participantes Diego e Geraldo não referiram histórico criminal prévio.

Conforme apresentado anteriormente, todos os participantes apresentaram histórico de uso de substâncias por pelo menos 3 anos, com cinco participantes tendo referido uso de outras substâncias além daquelas que apresentavam dependência. Com relação ao histórico de tratamentos anteriores, dois participantes (Benedito e Francisco) passaram por internações em CTs diversas vezes – Benedito passou por 6 internações, das quais completou apenas uma, enquanto Francisco passou por quatro internações anteriores, tendo completado duas delas.

A Tabela 15 mostra as pontuações nas escalas de preocupação com o uso, importância dada ao tratamento e à abstinência das substâncias referidas pelos participantes, as quais foram aplicadas na forma de perguntas durante a entrevista semiestruturada. Como pode ser observado, dois participantes não referiram uso abusivo ou dependência em crack ou cocaína (Adalberto e Diego), enquanto outros dois participantes (Caio e Geraldo) não referiram uso abusivo ou dependência em álcool.

Tabela 15. Pontuações em escalas relacionadas ao uso, tratamento e abstinência de álcool, crack e cocaína pelos participantes na fase Pré-CT.

Substância e número de participantes que referiram uso abusivo ou dependência/ Tipo de escala	Preocupação com uso da substância	Importância atribuída ao tratamento	Importância atribuída à Abstinência
Álcool (5 participantes)	Extrema: 1 ocorrência Considerável: 1 ocorrência Leve: 2 ocorrências Nenhuma: 1 ocorrência	Extrema: 4 ocorrências Moderada: 1 ocorrência	Extrema: 4 ocorrências Moderada: 1 ocorrência
Crack (5 participantes)	Extrema: 2 ocorrências Considerável: 1 ocorrência Leve: 1 ocorrência Nenhuma: 1 ocorrência	Extrema: 3 ocorrências Considerável: 1 ocorrência Moderada: 1 ocorrência	Extrema: 5 ocorrências
Cocaína (3 participantes)	Considerável: 1 ocorrência Moderada: 1 ocorrência Nenhuma: 1 ocorrência	Extrema: 3 ocorrências	Extrema: 3 ocorrências

A partir da Tabela 15, pode-se observar que a preocupação maior dos participantes se refere ao tratamento e abstinência do uso das substâncias referidas, enquanto a preocupação relacionada ao uso das substâncias teve pontuações mais dispersas. Pode-se pensar, por um lado, em dificuldades de compreensão da pergunta (“Nos últimos 30 dias antes de iniciar o tratamento, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com [substância]?”), ainda que o mesmo não pareça ter ocorrido para os itens relacionados ao tratamento e abstinência. Por outro lado, pode-se entender a distribuição dessas pontuações como um comportamento antissocial, no sentido de uma crítica rebaixada acerca dos prejuízos advindos do uso abusivo ou dependência das substâncias referidas.

Os resultados obtidos com os instrumentos de AP vão na mesma direção, ao ressaltar a presença de indicadores de funcionamento antissocial. Os escores do MMPI-IRF nas escalas que informam sobre tal funcionamento (L, F, Pd e Ma) nessa fase podem ser observados na Tabela 16. A maioria dos participantes apresentou tendências a elevações nas escala Pd (além de um participante ter apresentado um escore elevado nessa escala), enquanto três participantes apresentaram escores elevados ou tendendo à elevação nas escalas F e Ma. Esses resultados sugerem dificuldades no manejo dos afetos, favorecendo o uso de defesas maníacas e baseadas na projeção, além de tentativas de encobrir aspectos da personalidade considerados condenáveis, sugerindo uso de repressão, ainda que num reduzido nível de elaboração (TRIMBOLI; KILGORE, 1983).

Tabela 16. Distribuição dos escores T nas escalas L, F, Pd e Ma do MMPI-IRF dos participantes do estudo na fase Pré-CT.

Escola/ Tipo de escore	Escore Elevado ($\geq T70$)	Escore tendendo a elevado (entre T60 e T70)	Escore na média
L	-	-	7 ocorrências
F	1 ocorrência	2 ocorrências	4 ocorrências
Pd	1 ocorrência	4 ocorrências	2 ocorrências
Ma	1 ocorrência	2 ocorrências	4 ocorrências

Com relação às histórias do TAT, foram encontrados 99 indicadores de caráter antissocial, relacionados aos heróis (atributos, necessidades, condutas) ou ao meio (vide Tabela 17). Com relação aos indicadores relacionados aos heróis, observa-se um predomínio da influência decisiva para o desfecho da história (Sucesso Total Voluntário). Com relação aos indicadores de caráter antissocial relacionados ao meio, observou-se que em todos os casos, o contexto foi determinante, parcial ou totalmente, para o desfecho. Esses dados sugerem um predomínio de atribuição de características antissociais aos heróis, que são as figuras com que os aplicandos estabelecem maior identificação durante a produção das histórias (JACQUEMIN, BARBIERI, 2003).

Tabela 17. Categorização dos indicadores das histórias do TAT de natureza antissocial na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Número de ocorrências	Grau de influência em relação ao desfecho da história
99	Sucesso Total Voluntário: 78 Fracasso Total Involuntário: 9 Sucesso Total Voluntário e depois Fracasso Total Involuntário: 4 Fracasso Parcial Involuntário: 3 Fracasso Total Voluntário: 2 Em suspenso: 1 Sucesso Total Involuntário: 1 Sucesso Parcial Voluntário: 1

O elevado grau de influência no desfecho das histórias atribuído a esses indicadores sugere dificuldades no manejo de afetos agressivos e de inveja, além de um acirramento da tendência antissocial, conforme descrita por Winnicott (2000). Como ilustrações desse funcionamento, podem ser citadas histórias como a de Francisco para o cartão 18RH (vide subseção 3.1.1.1) e a transcrição abaixo, em que também se observa reações de caráter maníaco frente aos conteúdos suscitados pelo cartão e dificuldades para produzir a história:

(Benedito – Cartão 3RH, TL 50”, TT 8’58”) “Vixi [sic]... Uma moça chorando no sofá, abaixada aqui no chão, praticamente tá [sic] caída. [O que aconteceu?] É ... (faz bico com os lábios) acho que ela levou um couro. [O que levou a essa situação?] (Ri) Ela levou um couro do marido, chegou em casa de madrugada, ela tava dormindo, quentinho, chegou o marido, acordou pra fazer a janta, ela falou que não ia fazer começaram a discutir, tava bêbado, deu um cola nela, empurrou ela, bateu no sofá e caiu, pediu dinheiro pra fumar droga, ela não tinha, só tinha dinheiro pra comprar leite, não queria nem saber, pra pedir emprestado pro vizinho (ri), aí ela tá lá no vizinho, pediu dinheiro, falou que não ia dar, que já sabia que não era pra ela, que era pro marido dela, aí ela falou ‘pelo amor de Deus dá o dinheiro pra ele que senão’, ai, eu tô viajando, ‘que senão ele vai me matar’. Aí o vizinho não deu, ela foi no outro, de casa em casa. [Como a história termina?] O vizinho falou que ia chamar a polícia, chamou a polícia, a polícia levou ele, ela fica caída no chão da sala chorando, porque ela gosta dele, fica pensando até quando ela vai aguentar isso, viver com dependente químico, todo dia é a mesma coisa, ela já não aguenta mais.” Título: “(...) Vou arrumar um título bão [sic] pra essa história (ri); Sofrimento Eterno. Tem um negócio no chão, não consegui saber o que que [sic] é”. (referindo-se a revólver no cartão)

3.1.2.2. *Domínio 2.2: Habilitação*

Este domínio consiste nos indicadores relacionados às experiências de treinamento adquiridas antes da internação ou durante a mesma, com relação a habilidades educacionais e trabalhistas, ou de habilidades sociais e interpessoais relacionadas às primeiras. No início do tratamento, os participantes apresentavam formação e experiência profissional diversas, com níveis de escolaridade relativamente baixos, ainda que três deles (Adalberto, Francisco e Geraldo) houvessem terminado o Ensino Médio, com os dois últimos tendo começado a fazer faculdade e interrompido os estudos devido ao uso abusivo de cocaína e crack.

Com relação ao ambiente de trabalho, seis participantes estavam desempregados, recebendo Auxílio-doença do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou tendo a ajuda de familiares. Cinco participantes fizeram referências diretas a prejuízos no ambiente de trabalho relacionados ao uso abusivo e dependência de substâncias, tais como atrasos, absenteísmo e brigas entre colegas de equipe. Émerson, o único participante que não estava desempregado (por ser trabalhador autônomo), referiu preocupação com a aprovação de seus fregueses quando terminasse o tratamento, além de se ver despreparado para trabalhar, por temer uma nova recaída.

A fim de conhecer sobre os estilos de relacionamento estabelecidos pelos participantes, as impressões transferenciais a partir de seu contato com o pesquisador foi registrada no diário de campo. Apesar de todos os participantes terem se mostrado colaborativos durante as entrevistas de AP, cinco deles se mostraram mais participativos,

fazendo perguntas sobre a pesquisa, os instrumentos utilizados ou mesmo usando o espaço das entrevistas para debater dúvidas pessoais:

“Eu tive uma infância muito boa, tive tudo o que quis, fui muito mimado cresci no meio das minhas irmãs. Posso te fazer uma pergunta? É verdade que era pra eu ter sido viado [sic] por ter convivido só com mulheres? É que eu sou filho adotivo...” (Geraldo)

Outras impressões se referem a sentimentos contratransferenciais de empatia com três participantes (Diego, Francisco e Geraldo) e de desconforto, relacionado a contra-identificações projetivas com três participantes (Benedito, Caio e Émerson). Pode-se pensar, a partir dessas impressões, de que relações similares sejam construídas pelos participantes em outros contextos, ainda que esta hipótese deva ser considerada com cautela (vide Discussão).

Os indicadores nas histórias que abordam situações de trabalho ou estudo no TAT são mostrados na Tabela 18. Houve cerca de um terço a mais de indicadores que favorecem as situações de trabalho aludidas nas histórias, cuja influência foi decisiva na grande maioria dessas situações.

Tabela 18. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados a situações de trabalho ou estudo na fase Pré-CT, quanto ao grau em que favorecem a realização do trabalho e sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências
Indicador favorável a situações de trabalho	63
Indicador desfavorável a situações de trabalho	46
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 82 Em suspenso: 12 Fracasso Total Involuntário: 5 Fracasso Parcial Voluntário: 4 Sucesso Parcial Voluntário: 3 Fracasso Total Voluntário: 3

Dessa forma, os participantes aludiram a situações em que o trabalho é feito com sucesso, sendo as situações mais comuns a necessidade de realização dos heróis relacionada ao aprendizado ou à conquista de melhores condições de vida para o sustento de pessoas da família. Abaixo são transcritos dois exemplos que ilustram essas situações:

(Diego – Cartão 1, TL 10”, TT 2’36) “Um menino, olhando pro violino, pensando no que vai fazer, como vai fazer. [O que ele está pensando?] Será que eu consigo tocar essa, esse violino? [O que aconteceu antes?] Tentou tocar e não conseguiu. [Mais alguma coisa?] Do que eu vi eu acho que é isso. [Como a história termina?] Ele pegando o violino e tentando novamente. [Mais algo?] Não. Título: (...) Tem, deixa eu ver,

Inovando, tentando e conseguindo [Qual desses é o título?]. Inovar, inovando.” (Conversamos sobre participante poder usar mais tempo para fazer as histórias, com ele referindo “não ser bom nisso”)

(Geraldo – Cartão 2, TL 7”/ 22”, TT 4’57) “Vixi, antigo hein? Que você precisa, pode começar? [Sim] É... era uma vez, a outra eu comecei assim também? [Sim]. Em um vilarejo muito pequeno, em meados década de 30, uma moça que se chamava, Maria Francisca... Ela ia todo, os, (pigarreia) todos os dias na escola, enquanto seus irmãos trabalhavam na colheita com seu pai. Sua mãe trabalhava muito dando um duro danado em casa. E ela tinha desejo, vixi eu não sei, de , de, de, de estudar fora, em outro lugar, e se tornar professora, era o seu desejo, fazer uma faculdade, sei lá se existia naquela época. [Esse era o desejo de Maria Francisca?]. É. Onde eu parei (aplicador repete última frase) ... [O que aconteceu antes?] Antes? [Antes dessa situação.] Por quê? (aplicador repete história e pergunta). Ah! Mas, ela era, apaixonada, ela gostava de um trabalhador, de um homem que trabalhava também na colheita e não queria deixá-la, pois queria muito se casar também. [O que acontece depois?] ... Maria Francisca estava determinada em fazer seus estudos naquela época eram bem limitados. Estudou bastante. Se casou com José, o homem que trabalhava na colheita com sua família; estudou até, onde lhe era permitido os estudos chegar e a e na capela da cidade, dava aula às crianças se seu vilarejo, onde com muito custo conseguiu chegar. [Mais algo?] ... E assim Maria Francisca se realizou, sendo feliz pro resto da vida.” (Título: Felicidade.) “Bacana isso aí, mas até formular essas histórias...”

Na segunda história transcrita acima, pode-se observar indicadores desfavoráveis ao trabalho no meio, como a incerteza quanto à existência de recursos para que a heroína pudesse completar seus estudos. Também é possível observar o uso de mecanismos de defesa baseados na restrição, possivelmente de caráter superegoico (“estudou até, onde lhe era permitido os estudos chegar”). Apesar da maioria dos indicadores ser favorável a situações de trabalho ou de estudo, também foram observados indicadores desfavoráveis. Isso sugere que os participantes projetaram, nas histórias do TAT que abordam essas situações, elementos permeados por mecanismos de idealização (o que pode ser inferido a partir da predominância de indicadores favoráveis), mas também de restrição ou mesmo de evitação e oposição, como pode ser observado na história transcrita abaixo:

(Francisco – Cartão 1, TL 5”, TT 3’45”) “Essa aqui é uma foto da minha infância, quando eu tava [sic] na Escola de Artes, meu pai queria que eu fosse músico, na escola de Artes, porque não existia nenhum músico na família. Só que eu sentia que não era isso a minha vocação, eu olhava o instrumento e não fazia o menor sentido. Essa é a história dessa foto. E é isso, mais ou menos o que você quer? [O que acontece depois?] Bom, depois, bom, como eu não tinha progresso nos estudos, não ia bem nas aulas e havia muita reclamação do professor pelo meu desinteresse, meu pai decidiu me tirar das aulas de arte, sei lá. Mais ou menos que você queria? [Mais algo?] Não. Mais ou menos isso que você quer? [Sim, é por aí]” (Título: O que meu pai queria ser.)

Ainda sobre a história acima, é interessante observar a busca do participante por aprovação por parte do aplicador, o que pode ser interpretado como um desejo do primeiro em corresponder às expectativas de bom desempenho na tarefa proposta. Tal busca por aprovação também sugere a vivência, por parte do participante, de sentimentos de insegurança, o que se relaciona a uma dificuldade na aquisição de valores como autoconfiança, um dos componentes do domínio 3 da Dimensão de Socialização (Valores de Bem viver), cujos dados são apresentados na próxima subseção.

3.1.2.3. *Domínio 2.3: Valores de Bem Viver*

Os principais valores de bem viver para De Leon (2003) são honestidade, autoconfiança, atenção responsável, responsabilidade para com a comunidade e valorização do trabalho como dimensão de realização pessoal. No início do tratamento, contudo, os participantes fizeram poucas referências a comportamentos ou representações diretamente relacionados a esse domínio. Apesar disso, alguns dados nessa direção foram observados e expostos anteriormente, que se referem a dois dos valores citados anteriormente. Com relação à valorização do trabalho como dimensão de realização pessoal, foi feita uma apresentação das representações sobre situações de trabalho expostas na subseção anterior. Já com relação à responsabilidade para com a comunidade, foram expostos dados acerca dos relacionamentos iniciais dos participantes com outros internos na subseção 3.1.1.1 (Domínio 1: Agregação).

Conforme já apresentado na Tabela 16, quatro participantes apresentaram tendências a elevações na escala Pd do MMPI-IRF, enquanto um deles apresentou um escore elevado ($\geq T70$) nessa escala. Um padrão similar foi observado nos escores das escalas F e Ma, com três participantes apresentando escores elevados ou tendendo à elevação na mesma. Conforme hipotetizado anteriormente (vide subseção 3.1.1.2 – Domínio 3: Desvio Social), esse padrão de resultados sugere dificuldades no manejo dos afetos e tendência a comportamento antissocial, o que dificulta a aquisição e exercício de valores como os definidos no começo desta subseção, em especial o de honestidade.

Com relação ao valor de autoconfiança, os dados do TAT oferecem informações que sugerem um conflito entre autoimagens positivas e depreciativas. A Tabela 19 lista os atributos dos heróis, os quais foram categorizados em positivos e negativos (vide a Tabela 7 para exemplos dessas categorias). A fim de avaliar como os heróis atingiam seus objetivos nas

histórias do TAT, foram contabilizados os desfechos de cada história de acordo com as necessidades dos heróis e seu grau de satisfação. Esses dados são expostos na Tabela 20.

Tabela 19. Categorização dos atributos dos heróis nas histórias do TAT durante a fase Pré-CT, quanto ao seu tipo.

Categoria	Número de ocorrências
Atributos positivos	70
Atributos negativos	108

Tabela 20. Categorização dos desfechos das histórias do TAT durante a fase Pré-CT, quanto ao grau no qual as necessidades dos heróis foram satisfeitas.

Tipo de Desfecho e Número de Ocorrências
Sucesso Total Voluntário: 28
Fracasso Total Voluntário: 9
Fracasso Total Involuntário: 8
Em suspenso: 7
Sucesso Parcial Voluntário: 6
Fracasso Parcial Voluntário: 5
Fracasso Parcial Involuntário: 3
Sucesso Total Involuntário: 3
Sucesso Parcial Involuntário: 1

Como pode ser observado, os participantes atribuíram cerca de um terço mais características negativas do que positivas aos heróis, sugerindo um predomínio na identificação dos participantes com tais características. Com relação aos desfechos nas histórias, observa-se pouco mais da metade de sucessos (com o predomínio de desfechos do tipo Sucesso Total Voluntário), além de 10% do total dos desfechos em suspenso. O restante dos desfechos (cerca de 36%) foram desfechos do tipo Fracasso, com cerca de um terço destes sendo Fracassos Totais Involuntários. Considerando a participação dos heróis na satisfação de suas próprias necessidades (categorias Voluntário ou Involuntário dos desfechos), observa-se que aproximadamente 70% das histórias apresentam desfechos com a participação decisiva do herói (categoria Voluntário, independente de serem sucesso ou fracasso). O restante dos desfechos foi classificado como em suspenso ou Involuntário, com esse último significando que o meio foi mais determinante para o final dessas histórias do que as ações dos heróis.

Em síntese, os dados das Tabelas 19 e 20 sugerem que os participantes criaram histórias nas quais a satisfação das necessidades dos heróis foi percebida como predominantemente dependente de suas próprias ações, sendo que houve um equilíbrio entre o sucesso dessas ações e o fracasso ou incerteza quanto às mesmas. Dessa forma,

considerando que os heróis tenderam a ter mais atributos negativos que positivos, os participantes apresentaram um baixo nível de autoconfiança, com sinais de conflito nessa direção. Um exemplo dessa dinâmica pode ser visto na história abaixo, em que tanto a ajuda do meio como os esforços do herói parecem ser insuficientes perante o conflito vivido:

(Geraldo – Cartão 1, TL 22”, TT 6’13”) “Hum, agora eu entendi, é um instrumento. Era uma vez, né, um garoto, posso inventar o nome, essas coisas? [Como você preferir] De um garoto chamado Herbert, que gostava muito de tocar violino. Ele era de uma família humilde, (pigarreia), mas não sabia tocá-lo. Tinha muita vontade de aprender, de entrar numa escolinha, de arrumar amigos pra tocar, mas sua família não tinha meios financeiros e meios de locomoção, por serem humildes, bem pobrezinhos. Com isso, ele não podia, usufruir do seu instrumento, e ficou um pouco triste. ‘Bom ter um fim ainda, né? [ahã] ... (pigarreia) é, contudo, seu pai, vendo o garoto naquele estado, tentou ajudá-lo de alguma forma, mostrando os nomes, mostrando como manejar o violino, como segurar, o nome das notas, enfim, fazendo de tudo para que seu filho animasse. [Como a história termina?] Então, tô [sic] tentando... Mas, contudo, Herbert, não seguiu adiante. Vendeu o violino e desistiu do seu sonho. Tá bom? [Mais algo?] Não; vendeu o violino, você colocou? [Sim.] Muito triste.” (Título: Um sonho.)

A história acima parece ilustrar o conflito que projetivamente pode ser entendido sobre a possibilidade de um recurso da personalidade (violino) que não é aproveitado pela fantasia vivenciada pelo participante de que ele não se tenha recebido suficiente estímulo do meio (pai). Pode-se pensar na relação desse conflito com a história de vida desse participante, que referiu ter perdido seu pai no início de sua adolescência.

Considerando que os atributos do herói se referem a características relacionadas à autoimagem dos participantes, pode-se pensar que estes apresentem poucas vivências de coordenação de seus recursos pessoais e afetivos. Esse tipo de vivências é abordado na próxima subseção.

3.1.3. Dimensão 3: Desenvolvimento

3.1.3.1. Domínio 3.1: Maturidade

Esse domínio consiste no grau de crescimento pessoal apresentado pelos participantes, incluindo componentes como controle dos impulsos, relacionamento com figuras de autoridade, modelos adultos de relacionamento interpessoal e desenvolvimento de tolerância à frustração.

Apesar de todos os participantes terem referido que procuraram a CT por não estarem conseguindo controlar o uso de substâncias, foram referidas outras situações relacionadas a dificuldades no controle dos impulsos. Dois participantes (Adalberto e Diego), por exemplo, referiram o temor de iniciar uso abusivo de outras drogas além do álcool. Como já exposto na subseção 3.1.2.1 (Domínio 2.1: Desvio Social), a maioria dos participantes atribuiu importância extrema ao tratamento e abstinência de drogas, em especial aquelas identificadas por eles como de uso preferencial. Além de referência a situações de agressão, inclusive com envolvimento com a Justiça (vide subseção 3.1.1.2), dois participantes (Adalberto, Benedito, Émerson) referiram outros contextos em que perceberam dificuldades em lidar com a invasão afetiva/impulsiva:

“(...) eu tenho um problema que é puta (...). Meu problema é a cabeça, que não ajuda muito (referindo-se a processo por episódio de agressão).” (Émerson)

[Por que você parou de estudar?] “Desencanei, chapei da aula de matemática, desisti.” (Benedito)

Os indicadores relativos às expectativas e importância atribuída ao tratamento foram tratados em subseções anteriores. De forma sucinta, os participantes referiram expectativas de mudança de estilo de vida e aquisição de habilidades de enfrentamento e prevenção da recaída. Também se observou que os participantes atribuíram importância em nível extremo para o tratamento do uso das substâncias tidas como preferenciais, para os quais os mesmos apresentaram critérios para síndrome de dependência.

A fim de avaliar o grau de maturidade a partir do MMPI-IRF, todos os escores fora da média (ou seja, rebaixados, elevados ou tendendo à elevação) são listados na Tabela 21. Pode-se observar uma distribuição relativamente heterogênea de tais variações ao longo das escalas clínicas e duas de validade, com o predomínio de tendências a elevações ou escores maiores ou iguais a T70.

Tabela 21. Escores fora da média nas escalas do MMPI-IRF durante a fase Pré-CT.

Escalas / Tipo de variação	Rebaixamento ($\leq T30$)	Tendência a Elevação (entre T60 e T70)	Elevação ($\geq T70$)
F	-	1 ocorrência	2 ocorrências
K	4 ocorrências	1 ocorrência	-
D	-	1 ocorrência	1 ocorrência
Hy	-	1 ocorrência	-
Pd	-	4 ocorrências	1 ocorrência
Mf	-	1 ocorrência	-
Pa	-	2 ocorrências	1 ocorrência
Pt	-	3 ocorrências	1 ocorrência

Escalas / Tipo de variação	Rebaixamento ($\leq T30$)	Tendência a Elevação (entre T60 e T70)	Elevação ($\geq T70$)
Sc	-	1 ocorrência	3 ocorrências
Ma	-	2 ocorrências	1 ocorrência
Si	-	3 ocorrências	-

As ocorrências mais frequentes foram escores rebaixados na escala K (Defensividade), e tendência a elevações na escala Pd (Desvio Psicopático). De acordo com Trimboli e Kilgore (1983), escores rebaixados na escala K sugerem ineficácia dos recursos defensivos perante a intensidade das vivências afetivas. Já a escala Pd está associada ao uso de mecanismos psicopáticos, entre eles a projeção, especialmente do tipo complementar.

Os indicadores nas histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.1 (Maturidade) são apresentados na Tabela 22. Como pode ser observado, dos 38 indicadores, 24 (cerca de 63%) foram determinantes para o desfecho das histórias.

Tabela 22. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.1 (Maturidade) na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências
Indicador relacionado ao Domínio Maturidade	38
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 24 Fracasso Total Involuntário: 6 Sucesso Total Involuntário: 3 Sucesso Parcial Voluntário: 2 Fracasso Total Voluntário: 2 Em suspenso: 1

As relações do herói com figuras de autoridade nas histórias do TAT podem ser divididas em dois perfis. No primeiro, observado principalmente nas histórias dos participantes Adalberto, Benedito e Francisco, as relações com figuras de autoridade foram permeadas por necessidades de oposição, sendo esta por vezes antissocial, seja por parte do herói ou do meio a que ele se opôs. Um exemplo nessa direção é a história de Francisco para o cartão 1, transcrita na subseção 3.1.2.2., em que o herói se opõe ao desejo do pai de que esse aprendesse a tocar violino. A história abaixo ilustra uma situação onde a oposição ao meio é fracassada:

(Adalberto – Cartão 8RH, TL 18”; TT 3’26”) “Aqui eu acho que mostra um regime militar, mostra, uma pessoa sendo punida. [Que aconteceu antes?] Tipo uma ditadura uma pessoa não obedeceu a ordem do seu capitão, desacatou uma autoridade, tá sendo punido com a morte. [Que aconteceu depois?]. Se segue uma

ditadura, tem que tá sempre procurando fazer o que o governo manda, pra não ser punido; mostra a autoridade sendo cruel com quem desobedece eles; um regime rígido.” (Título: Regime Militar)

Pode-se observar na história acima a projeção de um superego cruel e rígido, sugerindo um desenvolvimento emocional imaturo. Outro perfil de histórias é observado nos protocolos de Caio, Diego, Émerson e Geraldo, em que a relação com figuras de autoridade foi permeada pela busca por proteção; esta busca foi por vezes conflitiva, como ilustrado pela história abaixo:

(Caio – Cartão 4, TL 9”, TT 3’38”) “É um casal, que no momento está com, está com uma decisão a ser tomada em suas vidas. Ele falou para ela que tem uma proposta boa em país no exterior, mas a sua mulher, como é apegada em sua família no Brasil, não quer ir, mas seu marido insiste para ela e no momento ele vai lá para dar a resposta para seu chefe, que lhe deu a oportunidade para ir viajar com sua família, e elas segura ele, insistindo pra não ir. (suspira) [O que ele tá pensando?] Ele tá [sic] pensando numa fórmula [sic] para convencer seu chefe e sua mulher, para não prejudicar nem um lado e nem outro, mas, mas no final, ele pensa mais no amor de sua mulher e acaba recusando a proposta de viajar. Só isso. (Título: As oportunidades virão de Deus)

Outro exemplo nessa mesma direção é a história criada por Émerson no cartão 7RH, transcrita anteriormente na subseção relativa ao Domínio 1.2 (Modelo de Atuação), onde a proteção exercida pelo meio (pai) ilustra uma relação com figuras de autoridade permeada por deferência, favorecendo a realização. Esse tipo de dinâmica foi observada em outras histórias, sugerindo que a busca por tratamento ocorreu num contexto de busca por um objeto que contenha a impulsividade, a qual é vivida como de difícil controle (vide, por exemplo, os relatos de Émerson sobre sua dificuldade em lidar com os impulsos no início dessa subseção).

Deve-se ressaltar que apesar desse segundo perfil sugerir um melhor prognóstico em termos de maturidade que o perfil do primeiro grupo, as histórias deste também apresentaram elementos de dificuldade no controle dos impulsos, assim como no primeiro grupo houve histórias em que estes pareceram melhor coordenados pelos heróis ou mesmo pelo meio, sugerindo um conflito marcado pela ambivalência relacionada a figuras de autoridade também vividas como figuras de proteção, como pode ser observado na história abaixo:

(Émerson – Cartão 1, TL 8”, TT 3’42”) “Bom, aqui tô [sic] vendo um menino, ele ganhou o violino do pai dele, que era do avô dele, o avô deu pro pai, e o pai deu pro filho. Ele tá [sic] tentando descobrir como ele pode tentar tocar sozinho, como ele aprende a tocar tá preocupado, que ele tá querendo tocar, mas tá com medo de quebrar, até porque ele não entende nada de violino. [Só isso? O que acontece depois?] O pai dele vai procurar ensinar, ou arrumar um professor se o pai dele não souber [Qual dos dois?] Se o pai dele não souber, vai precisar um professor, mas se souber vai ensinar. [O pai sabe tocar ou não?] Acredito que sim, que se o pai dele

passou pra ele, ele sabe tocar. E no futuro será um grande violinista. (Mais algo?) Não. Título: Como assim? [Invente um título para a história] O menino que não sabia tocar violino.”

3.1.3.2. *Domínio 3.2: Responsabilidade*

A descrição desse domínio consiste nos indicadores que informam sobre o grau de consciência e responsabilidade perante os outros, no cumprimento de obrigações e promessas e nas relações interpessoais.

Alguns resultados relativos a este domínio já foram apresentados antes, a saber, indicadores de funcionamento antissocial (vide subseção 3.1.2.1). Como já exposto, os participantes referiram comportamentos antissociais diversos, envolvendo histórico criminal, indicadores da tendência antissocial (WINICOTT, 2000) em nível patológico e, na maioria dos casos, elevações em escalas do MMPI-IRF relacionadas a características antissociais (escalas L, Pa, e Ma). No que concerne a comportamentos antissociais relacionados ao domínio 3.2 (Responsabilidade), os participantes referiram dificuldade em cumprir compromissos diários como horários de trabalho, sem, contudo, dar ênfase a essas descrições, considerando o grupo como um todo. Uma exceção foi o relato de Francisco sobre ter recaído pouco após ter sido convidado a assumir o cargo de monitor numa CT em que esteve internado.

Os indicadores e relatos mais relacionados ao domínio 3.2 se referem às questões ligadas ao *locus* de controle e o grau de autonomia. Um exemplo de fala nessa direção é a do participante Caio, ao ser perguntado sobre sua opinião acerca das razões de seus problemas relacionados ao uso abusivo/dependência de crack:

“Esses azar [sic] que eu tive; eu não me conformo, Alessandro. Eu bato de exemplo meu irmão: tem uma motinha, tem uma casa, computador; e eu não tenho nada. Eu nem saia mais que nem os outros... não jogava bola por prazer...”

Caio também referiu já ter jogado futebol após usar drogas no dia anterior (o participante chegou a iniciar carreira como jogador profissional) e ter dificuldades em relacionamentos conjugais, pois “só dava relaxo” com as mulheres de que gostava. Tais relatos sugerem a dificuldade em integrar a própria participação às vivências emocionais, indicando um *locus* de controle predominantemente externo. Outro participante (Benedito) fez relatos semelhantes, ainda que mais indiretos, como pode ser observado através dos relatos transcritos abaixo:

[O que o levou a procurar este serviço de atendimento?] “Minha mãe, minha recaída foi 20 dias [sic], não teve aquela coisa de ‘vô num vô’ [sic], decidi vir por conta própria.”

Esse mesmo participante referiu sentir-se numa fase pior dos seus problemas com uso de crack, por “não ter mais aquele negócio de morar com a mãe”. Ao mesmo tempo em que essas falas podem ser entendidas como indicadores de um vínculo de dependência do participante com sua mãe (uma “guerreira”, segundo o mesmo), também sugerem dificuldade em assumir a própria participação nas situações vividas, caracterizando um *locus* de controle externo. Ainda nessa direção, dois participantes (Adalberto e Diego) referiram que decidiram buscar por tratamento após a pressão de familiares, enfatizando, contudo, sua própria decisão se internar na CT:

“No início, eu mesmo não estava procurando (...). Resolvi vir conhecer (após referir que sua irmã e mãe estavam preocupadas com seu estado).”

Na transcrição acima, Adalberto também indica vivências de ambivalência quanto a ter iniciado seu tratamento na CT. O mesmo pode ser observado nos dados obtidos a partir dos instrumentos de AP. A Tabela 23 mostra os escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa. Pode-se observar que, à exceção das escalas Pd e Pt, a maior parte dos participantes apresentou escores dentro da média.

Tabela 23. Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa durante a fase Pré-CT.

Escalas / Tipo de variação	Escores dentro da média	Tendência a Elevação (entre T60 e T70)	Elevação ($\geq T70$)
Hs	7 ocorrências	-	-
D	5 ocorrências	1 ocorrência	1 ocorrência
Hy	6 ocorrências	1 ocorrência	-
Pd	2 ocorrências	4 ocorrências	1 ocorrência
Pa	4 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência
Pt	3 ocorrências	3 ocorrências	1 ocorrência
Ma	4 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência

A partir dos dados acima, pode-se hipotetizar que, apesar de a maior parte dos participantes ter apresentado escores dentro da média para as escalas apresentadas, alguns apresentaram indicadores de dificuldades no manejo das vivências de culpa, podendo fazer uso de projeção (Pd) ou de defesas obsessivas (Pt). A Tabela 23 também mostra que três participantes apresentaram escores fora da média nas escalas Pa e Ma. Considerando que a significação da escala Pa está classicamente associada ao predomínio de um *locus* de controle

externo, pode-se hipotetizar a presença de problemas no manejo de vivências de culpa, favorecendo o uso de defesas maníacas (no caso dos participantes com escores fora da média na escala Ma). Contudo, para as escalas restantes (Hs, D, Hy – as chamadas escalas neuróticas, segundo BARBIERI, 1996), a maioria dos escores está situada na média, sugerindo equilíbrio nas vivências de culpa por mecanismos de linhagem neurótica, ao nível do Autorrelato (RIETZLER, 2006). Deve-se, contudo, considerar essa hipótese com mais cautela para os participantes Benedito e Caio, que apresentaram elevações nas chamadas escalas psicóticas (Pd, Pa, Sc e Ma; BARBIERI, 1996).

Os dados obtidos através do TAT permitem uma apreciação dessas vivências ao nível da Autoexpressão (RIETZLER, 2006). A Tabela 24 mostra os indicadores relacionados ao domínio 3.2 (Responsabilidade). Pode-se observar nesta o predomínio de indicadores com influência decisiva para o desfecho das histórias (Sucesso Total Voluntário), conforme classificação dos indicadores usando as categorias de desfecho descritas em Jacquemin e Barbieri (2003). O mesmo pode ser observado na Tabela 25, que apresenta a categorização da participação do meio nos desfechos das histórias produzidas nessa fase.

Tabela 24. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.2 (Responsabilidade) na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências	Grau de influência em relação ao desfecho da história
Indicador relacionado ao Domínio Responsabilidade (à exceção do meio ou conjunto)	31	Sucesso Total Voluntário: 25 Fracasso Total Involuntário: 3 Em suspenso: 3
Característica do meio favorável ao exercício da Responsabilidade	18	Sucesso Total Voluntário: 30 Em suspenso: 3
Característica do meio que elicia Responsabilidade	11	Fracasso Total Involuntário: 3 Fracasso Total Voluntário: 2
Característica do meio desfavorável ao exercício da Responsabilidade	12	Fracasso Parcial Voluntário: 1 Sucesso Parcial Voluntário: 1 Sucesso Total Involuntário: 1

Tabela 25. Categorização do meio (ou conjunto) das histórias do TAT na fase Pré-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências	Grau de influência em relação ao desfecho da história
Meio totalmente determinante para o desfecho da história	19	Sucesso Total Voluntário: 37 Fracasso Total Involuntário: 10

Meio parcialmente determinante para o desfecho da história	40	Em suspenso: 9 Fracasso Total Voluntário: 5 Sucesso Parcial Voluntário: 4 Sucesso Total Involuntário: 3 Fracasso Parcial Voluntário: 1 Fracasso Parcial Involuntário: 1
Meio não-determinante para o desfecho da história	11	

Os indicadores relacionados ao domínio apareceram, na maioria das histórias, em situações em que o meio favorece ou elicia o exercício da responsabilidade, sendo que o meio exerce, na maior parte das histórias, um papel importante, mas não fundamental para o desfecho das mesmas. Dois exemplos de histórias nessa direção já foram transcritos anteriormente. O primeiro é a história de Émerson no cartão 7RH, transcrita na subseção relativa ao Domínio 1.2 (Modelo de Atuação), em que o pai do herói o aconselha a ser humilde, com o herói tornando-se um empresário de sucesso e de bom caráter. Nesse caso, uma característica do meio (os conselhos do pai do herói) favorece o exercício da responsabilidade de forma decisiva (Sucesso Total Voluntário).

O segundo exemplo pode ser visto na subseção anterior (3.1.3.1), na história de Caio para o cartão 4, onde o herói, apesar de se ver num conflito entre ascender profissionalmente e frustrar sua família, decide abrir mão da oportunidade de emprego que recebeu. Apesar de indireta, a influência da família é decisiva para o desfecho da história, sendo classificada como parcialmente determinante para o desfecho.

Abaixo, transcreve-se uma história em que a necessidade do herói de proteção reclamada desfavorece o exercício da responsabilidade e da autonomia:

(Diego – Cartão 18RH, TL 17”, TT 5’35”) “(suspira) Aqui eu vejo um homem, sendo carregado pelos outros, já ruim, não consegue nem abrir os olhos, já, embora ele tem, vestido, paletó, gravata, e um jaleco, precisa de mais gente pra, pra levar ele em algum lugar. [Para onde?] Eu vejo aqui que ele tá com vergonha, não consegue nem abrir os olhos, não quer nem ver, ele quer chegar em algum lugar, um lugar melhor do que ele tá. [O que aconteceu antes?] Ah, ele dever ter sofrido muito, sofreu percas [sic], e tá vestido, tentou trabalhar, não conseguiu. [O que aconteceu que ele não conseguiu?] Bom, que ele não conseguiu, ah, bebida, essas coisas, ele tá com a calça toda, droga!, amarrotada, e a ajuda de alguém, que não teve ajuda de alguém mais. [Que aconteceu?] Ah, aqui também não vejo, não, pelo jeito ele tá [sic] esperando mesmo, não tem como. [Esperando o quê?] Um lugar melhor, né, que ele possa se levantar, ficar em pé, seguir sozinho, porque ninguém consegue seguir nos braços dos outros, tem que encontrar um ponto de apoio. [Mais algo?]. Não. (Título: Futuro) É uma incógnita.

Na história acima, pode-se observar que, apesar das tentativas do herói de alcançar seus objetivos, o meio deve oferecer ajuda, que apesar de decisiva para o desfecho da história,

não é suficiente para satisfazer a necessidade de proteção do herói, cuja necessidade de realização foi frustrada (desfecho da história do tipo Sucesso Parcial Involuntário). Deve-se notar como marcas da dificuldade em exercer autonomia a falta de clareza quanto aos objetivos almejados e em seguida não alcançados pelo herói, assim como o a ajuda que este recebe (lugar para onde o herói é levado).

A história acima é ilustrativa de vivências observadas em especial nos participantes sem histórico de internações anteriores, e mesmo naqueles com breves experiências antes do atual tratamento, com relação a um tratamento ainda obscuro e pouco claro quanto aos resultados que podem ser atingidos (recuperação), ainda que almejados.

Deve-se ressaltar que as histórias do TAT de todos os participantes apresentaram indícios de uso de mecanismos baseados na idealização, tornando a interpretação direta dos indicadores acima bastante limitada. Parece fazer mais sentido afirmar que os indicadores relacionados ao domínio – os quais apresentaram em sua maioria influência decisiva e positiva para os desfechos das histórias – refletem mais os anseios dos participantes em exercer responsabilidade e autonomia do que suas vivências de fato. Essa hipótese, contudo, será discutida em maiores detalhes na seção 4 (Discussão).

3.1.4. Dimensão 4: Psicológica

3.1.4.1. Domínio 4.1: Habilidades Cognitivas

Nesse domínio, as habilidades avaliadas se referem à consciência sobre o próprio comportamento e comportamentos dos outros, discriminação de pensamentos e sentimentos relacionados a drogas e negativos em geral, uso de mecanismos de defesa maduros, contato com as realidades interna e externa e o grau de receptividade aos relacionamentos interpessoais.

Alguns dos dados referentes a este domínio já foram apresentados anteriormente, apesar de nenhuma hipótese ter sido formulada com relação às habilidades cognitivas relacionadas aos indicadores obtidos nas entrevistas de AP.

Com relação ao grau de consciência sobre os próprios comportamentos assim como o de outras pessoas, observou-se que todos os participantes referiram perceberem-se descontrolados quanto ao uso de substâncias psicoativas, usadas por vezes como um meio de lidar com vivências afetivas desagradáveis:

“Conheço pouco minha mãe, mas sou muito apegado a ela (...); o problema é meu padrasto, ele também tem problema [sic] com bebida (refere desentendimentos constantes com o padrasto, chegando a situações de agressão). A minha mãe tem depressão, toma remédio, aí quando ela via isso ficava pior. Aí eu desabafava na bebida.” (Adalberto)

A que você atribui suas dificuldades (relacionadas ao uso de álcool)?] “Um pouco eu acho que é solidão, andar sozinho por aí (refere muitas mudanças de cidade por conta das constantes viagens a trabalho). Aí, se eu fico nervoso, o refúgio é tomar umas. Acho também que por causa de namorada, eu já perdi namorada que a gente começa e depois se muda; acho que também é o stress.” (Diego).

As falas acima também ilustram a percepção de pensamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, ainda que o controle destes fosse percebido como difícil pelos participantes.

Quanto aos relacionamentos interpessoais desse domínio, observou-se, como já referido, que a maioria dos participantes não se percebia com dificuldades para estabelecê-los, ainda que tenham referido dificuldades familiares e conjugais nessa direção. A partir desses relatos, pode-se hipotetizar que as dificuldades dos participantes se referem a relacionamentos profundos, as quais demandariam habilidades interpessoais mais desenvolvidas.

Os indicadores observados nos instrumentos de AP parecem dar suporte a essa hipótese. Na Tabela 26, são apresentados os escores do MMPI-IRF mais relacionados ao domínio 4.1, a saber, as escalas K (Defensividade) e Si (Introversão-Extroversão). Com pode ser observado, quatro participantes apresentaram escores rebaixados na escala K, enquanto três participantes apresentaram escores tendendo a elevado na escala Si.

Tabela 26. Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas ao Domínio 4.1 (Habilidades Cognitivas) durante a fase Pré-CT.

Escalas / Tipo de variação	Rebaixamento ($\leq T30$)	Escores dentro da média	Tendência a Elevação (entre T60 e T70)
K	4 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência
Si	-	4 ocorrências	3 ocorrências

A partir dos dados da Tabela 26, pode-se hipotetizar que alguns participantes apresentaram dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais devido à tendência a se colocarem nesses de forma retraída – vide, por exemplo, os dados apresentados na subseção sobre o domínio 2.2 (Habilitação), referente às características dos relacionamentos transferenciais estabelecidos pelos participantes com o pesquisador. De forma sucinta, três participantes se colocaram de forma

participativa e solícita ao pesquisador, enquanto outros três participantes despertaram no pesquisador vivências relacionadas a contra-identificações projetivas, parecendo se defender da aproximação com o pesquisador e com suas próprias vivências afetivas. Nesse sentido, pode-se dizer que estes participantes se apresentaram de forma retraída, o que foi observado com Diego, que não se incluiu em nenhum dos dois perfis descritos acima.

Os dados obtidos a partir do TAT permitem ampliar essas observações, assim como compreender a extensão do uso de habilidades cognitivas e afetivas para lidar com a tarefa proposta. As Tabelas 27, 28 e 29 apresentam os dados relativos à qualidade formal das histórias produzidas nessa fase (Tabela 27), indicadores relativos à conduta dos heróis e pressão sofrida pelo meio (Tabela 28), além dos cartões escolhidos como favoritos e preteridos (Tabela 29).

Tabela 27. Indicadores relacionados à qualidade formal das histórias do TAT produzidas durante a fase Pré-CT.

Tipo de Indicador	Número de Ocorrências
Tempo de Latência alto	19
Descrição do cartão / história pouco elaborada	12
Histórias curtas	20
Histórias Longas	33
Necessita intervenção do examinador para completar história	<ul style="list-style-type: none"> • Poucas intervenções (≤ 3): 21 • Muitas intervenções (≥ 3): 28
Comentários críticos sobre os cartões ou o próprio desempenho	29
Lapsos durante a produção de história	7
Invasão afetiva durante produção da história	15
Projeção direta durante a produção de história	5
Varição em relação aos temas suscitados pelos cartões	<ul style="list-style-type: none"> • Tema da história coerente com tema suscitado pelo cartão: 50 • Variação do tema da história em relação ao tema suscitado: 20
Omissão de detalhes dos cartões	<ul style="list-style-type: none"> • Cartão 3 (revólver): 7 • Cartão 2 (mulher grávida): 6 • Cartão 4 (quadro de mulher ao fundo da figura): 6 • Cartão 8RH (rifle): 6 • Cartão 3 (sexo do personagem): 4 • Cartão 6 (mulher): 1 • Cartão 1 (violino): 1

Na Tabela 27, pode-se observar que quase metade das histórias produzidas nessa fase (33 histórias de um total de 70) foram longas, ou seja, tiveram Tempo Total maior que cinco minutos. Em um número aproximadamente igual de histórias (28) foram necessárias muitas intervenções do pesquisador para que mais detalhes fossem oferecidos, o que explica em parte os Tempos Totais observados nessa fase. Outros sinais sugeriram dificuldade em produzir histórias, como Tempos de Latência altos (maiores que 30 segundos) em aproximadamente 27% das histórias, sinais de invasão afetiva (tais como comentários sobre dificuldades em produzir as histórias, sinais de choque aos cartões ou de angústia) em cerca de 21% das histórias e comentários críticos sobre o cartão ou o próprio desempenho em cerca de 31% das histórias.

Aproximadamente 17% das histórias foram consideradas pouco elaboradas, consistindo em tramas pobres em detalhes ou simples descrições dos cartões. Já os temas das histórias criadas pelos participantes, em relação aos temas comumente suscitados pelos cartões usados (vide Tabela 6), se mostraram coerentes em 50 histórias de um total de 70 produzidas pelos participantes (cerca de 71% do total). Em algumas das variações em relação aos temas suscitados pelos cartões, houve omissão de detalhes dos cartões, como pode ser visto a partir da história transcrita abaixo:

(Adalberto – Cartão 6RH, TL não disponível, TT 5' 29") (participante fala sobre ser nervoso e ter brigas com a irmã e mãe, sentindo-se culpado após as mesmas). “Acho que mostra um rapaz determinado a busca algo, um empresário. Aqui tá [sic] assim, preocupado com algumas coisas, pode ser um projeto que ele fez ou vai fazer, e tá preocupado se vai dar errado ou não. [Além da preocupação o que ele está sentindo?] Ele tá pensando em uma forma de botar esse projeto em execução, pra empresa dele, se ele for bem-sucedido, a empresa dele vai expandir, se não der certo os planos dele pode [sic] ir por água abaixo, aqui tá mostrando um cara pensando no, que vai dar certo ou errado, ele tem que tá ciente do que pode acontecer, ele tem que estar preparado. [Como a história termina?] No pensamento que tá a história, termina bem, porque quando você se bota pra fazer algo, assim, com competência, tudo dá certo, ele vai poder apresentar o projeto dele pra outras empresas, e vai ser bem sucedido, uma pessoa importante. Só.” (Título: A busca de uma melhora no seu projeto)

Além de ilustrar uma situação de invasão afetiva, nesse caso aparentemente suscitada pelo cartão anterior (cujo tema foi uma briga familiar), pode-se observar a omissão da figura feminina na história. Apesar de essa ter sido a única ocorrência para esse cartão, o exemplo acima ilustra a sequência de eventos aparentemente relacionada ao sinal observado (nesse caso, a omissão de detalhe).

A partir da qualidade formal das histórias, pode-se hipotetizar que os participantes tiveram dificuldade em lidar com os impulsos agressivos suscitados pelos cartões. Todos os

participantes omitiram o revólver no cartão 3RH, enquanto seis deles omitiram o rifle no cartão 8RH, apesar de todas as histórias para esse cartão terem apresentado detalhes agressivos. Outras omissões frequentes foram a gravidez da mulher no cartão 2 e o quadro de mulher ao fundo no cartão 4. Na única história em que esse último detalhe foi incluso no cartão, houve projeção de elementos persecutórios, que foram frequentes no protocolo desse mesmo participante:

(Benedito – Cartão 4, TL 8”, TT 6’23”) “Um cara atormentado [O que deixou ele atormentado?] Ele tem uma visão, ele olha pra mulher, que tá [sic] em casa com ele, ele é atormentado por uma mulher morta, isso deixa ele louco, porque só ele vê e a mulher não, a mulher tenta acalmar ele, onde ele vai, a o espírito da mulher vai, o espírito da mulher aparece pra ele, ele fica sem saber o que fazer, fica apavorado, ele fala pra mulher dele o que tá acontecendo, ela não acredita, ela fala que ele tá cansado, que ele precisa descansar, tenta aclamar ele, enquanto ela fala, o espírito da mulher tá deitada na cama rindo, pra ele, só ele consegue ver, e isso tá deixando ele louco [O que aconteceu antes?] Acho que pode ser uma mulher, que morreu, que ficou perseguindo ele, parece uma prostituta, ela tá seminua, na cama, talvez ele pode ter saído com ela, sem querer aconteceu um acidente, e ela fica atormentando ele pra acabar com a vida dele, o casamento dele, e ele não sabe o que fazer. [Como a história termina?] Eu acho que ele não vai aguentar não [O que acontece?] Eu acho que ele vai acabar pirando da cabeça. Ou acho que ele vai ficar louco, acabar se matando.” (Título: Visões do além.)

Tabela 28. Indicadores relacionados à conduta dos heróis (tipo e estilo) e à pressão do meio sobre estes, nas histórias do TAT produzidas na fase Pré-CT.

Nível Evolutivo da Conduta	Número de Ocorrências
Aprendizagem Social	62
Instintiva	55

Tipo de Conduta	Número de Ocorrências
Consumatória	63
Afetiva	48
Preparatória	41
Suspensiva	18
Fictícia	4

Estilo de Conduta	Número de Ocorrências
Passivo	25
Tenaz	18
Controlado	14
Impulsivo	13
Indeciso	11
Fraco	11
Iniciativa	7
Lábil	8
Rígido	4

Plástico	3
----------	---

Características do meio	Número de Ocorrências
Contra o herói	47
A favor do herói	42
Inexistente	5

As condutas dos heróis durante as histórias oferecem indícios sobre o nível de controle, eficácia e características habituais do aplicando, segundo Jacquemin e Barbieri (2003). A Tabela 28 mostra um relativo equilíbrio entre condutas de aprendizagem social e instintivas, com um número maior das primeiras condutas. Como um grupo, esses resultados sugerem equilíbrio entre vivências afetivas e controle, com uma tendência ao uso dos recursos de controle serem insuficientes perante tais vivências. Como um exemplo, cita-se o protocolo do TAT de Benedito, em que foram observadas 20 condutas instintivas e apenas 8 de aprendizagem social.

Uma hipótese semelhante pode ser feita com relação aos tipos de conduta, em que a maioria observada se refere a condutas consumatórias e afetivas. Deve-se observar que há mais condutas consumatórias que preparatórias, sugerindo momentos de pouco planejamento das ações.

Com relação ao estilo da conduta, observa-se a maioria de condutas marcadas pela passividade e pela tenacidade. Ao mesmo tempo, há um número equivalente de condutas controladas e impulsivas. Observando os protocolos em separado, dois perfis de condutas aparecem, permitindo classificar as mesmas em dois subgrupos, o que explica a aparente contradição dos dados. No primeiro perfil de condutas, que inclui os protocolos dos participantes Adalberto, Benedito, Caio e Diego, as condutas mais frequentes dos heróis se caracterizaram por passividade, impulsividade e indecisão, enquanto nos protocolos dos outros participantes (Émerson, Francisco e Geraldo), os heróis apresentaram condutas mais caracterizadas pela energia e controle. Deve-se ressaltar, contudo, que em todos os protocolos foram observadas condutas dos dois tipos, sugerindo heróis que, como um todo, apresentavam condutas só eficazes em sua maioria com a ajuda do meio ou em histórias com forte idealização dos heróis e/ou do meio.

Apesar de um relativo equilíbrio entre características do conjunto a favor e contra o herói, houve mais referência a características do meio contra a satisfação das necessidades do herói (vide, por exemplo, a história de Francisco para o cartão 18RH, transcrita na subseção 3.1.2.1). Esses dados sugerem que o ambiente tendeu a ser percebido pelos participantes

como ameaçador ou frustrador, favorecendo o estabelecimento de relacionamentos restritos com o mesmo a fim de lidar com tais afetos.

Os mecanismos de defesa mais utilizados pelos participantes durante as entrevistas de AP foram os seguintes, nessa ordem: idealização, restrição, repressão, defesas maníacas, anulação, formação reativa, projeção (do tipo complementar), racionalização, dissociação, negação e identificação projetiva. Apesar de não observado durante as entrevistas, os participantes também referiram situações em que usaram defesas como o *acting-out*, anteriores ao tratamento. Não se fez uma contagem do número de ocorrências desses mecanismos por se entender a importância do uso destes modulada por fatores como a intensidade de uso e o contexto em que eles foram utilizados.

A Tabela 29 mostra os cartões escolhidos pelos participantes como favoritos e preteridos. Como pode ser observado, houve variação nas escolhas, em especial dos cartões escolhidos como favoritos.

Tabela 29. Relação dos cartões escolhidos como favoritos e preteridos pelos participantes na fase Pré-CT.

Tipo de Escolha	Cartão e número de ocorrências
Cartões escolhidos como Favoritos	Cartão 16: 3 Cartão 7RH: 2 Cartão 8RH: 1 Cartão 6RH: 1
Cartões escolhidos como Preteridos	Cartão 3RH: 4 Cartão 6RH: 1 Cartão 8RH: 1 Cartão 16: 1

Também pode ser observado que três cartões aparecem nas duas categorias (6RH, 8RH e 16). As principais razões para as escolhas se referem às histórias criadas a partir dos cartões e situações vividas pelos pacientes rememoradas durante a aplicação do TAT:

[Qual foi o cartão que você mais gostou?] “Esse (16) [Por quê?] O texto, porque quando essa mulher se propôs [sic] a alcançar seu objetivo, com a ajuda de Deus e dos outros, é gratificante.” (Adalberto)

[Qual foi o cartão que você menos gostou?] “Esse (3RH) [Por quê?] Por causa de uma traição, eu invoquei esse texto, mas eu não gostei disso, não, eu não gosto de traição, já passei por isso, e eu não quero que aconteça isso pra nenhuma pessoa.” (Caio)

3.1.4.2. Domínio 4.2: Habilidades Emocionais

As habilidades emocionais que compõem esse domínio se referem à variação dos estados emocionais vivenciados, expressão e graus de contato e socialização dos mesmos.

Os participantes mostraram em sua maioria, vivências de caráter disfórico ao longo das entrevistas na fase pré-CT, relacionadas aos prejuízos decorrentes do uso de substâncias e a terem iniciado seu tratamento. Como já referido na subseção relativo ao domínio 1.1 (Agregação), os participantes referiram vivências de ambivalência quanto a sua vinculação à CT.

Os participantes podem ser divididos em dois subgrupos quanto ao estilo afetivo predominante durante a AP. Apesar de todos terem se mostrado participativos, três deles (Émerson, Francisco, Geraldo) se mostraram agitados e ansiosos, ao mesmo tempo em que mais ativamente envolvidos com as atividades durante as entrevistas. Os participantes restantes se mostraram de forma mais retraída, parecendo vivenciar mais angústia do que ansiedade relacionada à situação de avaliação.

A Tabela 30 lista sínteses sobre o funcionamento afetivo de cada participante a partir do MMPI-IRF. Devido à relativa variabilidade de perfis, preferiu-se uma apresentação dos dados individualizada.

Tabela 30. Síntese do funcionamento afetivo a partir dos protocolos do MMPI-IRF nos participantes do estudo na fase Pré-CT.

Participante	Funcionamento afetivo a partir dos dados do MMPI-IRF (Síntese)
Adalberto	Alto grau de sofrimento psíquico, podendo favorecer a ocorrência de vivências de desrealização frente à insuficiência de recursos para lidar com a impulsividade.
Benedito	Apesar de apresentar escores dentro da média para o uso de mecanismos de ordem neurótica, houve escores elevados sugerindo funcionamento psicótico descompensado em virtude de invasão de angústia, favorecendo o uso de mecanismos de defesa de caráter psicopático.
Caio	Pareceu vivenciar afetos disfóricos e de ordem psicótica, com a percepção de sofrimento psíquico por vezes pouco elaborado pelos recursos da personalidade, podendo levar ao uso de mecanismos baseados na atuação (<i>acting-in/acting-out</i>)
Diego	Apresentou vivências disfóricas intensas, levando ao uso de mecanismos de defesa baseados na restrição.
Émerson	Relativa regulação/equilíbrio dos recursos psíquicos, sugerindo, contudo, cautela na interpretação dos escores, em virtude da suspeita do uso de mecanismos de ordem psicopática, levando ao encobrimento das vivências emocionais.
Francisco	Relativa regulação/equilíbrio dos recursos psíquicos, apresentando, contudo, sinais de elevada ansiedade, podendo levar ao uso de mecanismos de defesa menos desenvolvidos de caráter psicopático ou mesmo psicótico.
Geraldo	Equilíbrio dos recursos psíquicos, apresentando, contudo, tendência a alta defensividade,

podendo levar ao uso de mecanismos baseados no <i>acting-out</i> , aparentemente em situações de frustração, que são mediadas por expedientes superegoicos.

Os dados acima sugerem que, apesar de todos os participantes terem referido uso de mecanismos de defesa baseados na atuação (principalmente o *acting-out*), os quatro primeiros (Adalberto, Benedito, Caio e Diego) mostraram-se mais suscetíveis à retenção das vivências afetivas, como ilustrados pelos relatos abaixo:

“Com o meu pai, a gente não se abre, nem com o meu pai, nem com a minha irmã; eles quase não comenta disso (uso de álcool) comigo, porque eu não me abro, eu guardo pra mim, é até ruim pra mim, eu guardo pra mim.” (Adalberto)

(após referir que tem tido sonhos com a família, sua cidade natal e a ex-namorada) “Não falo com ninguém sobre isso, porque muita gente fica falando, aí eu prefiro guardar pra mim, porque aqui eu sei quem quer tratamento e quem não quer nada.” (Caio)

Na Tabela 31, são apresentadas as vivências emocionais dos heróis durante as histórias do TAT, as quais foram categorizadas considerando o tipo de afeto predominante nessas vivências. Como pode ser observado, houve variação dos tipos de vivências, ainda que com o predomínio de vivências compensadas ou equilibradas do ponto de vista afetivo.

Tabela 31. Categorização das vivências emocionais dos heróis das histórias do TAT na fase Pré-CT, de acordo com sua tonalidade afetiva.

Tipo de Vivência	Número de Ocorrências
Compensada/Equilibrada	51
Impulsiva	44
Ansiógena	19
Disfórica	13
Confusional	11

Apesar da maior parte dos indicadores em isolado sugerir um predomínio de vivências emocionais compensadas, a soma das outras vivências categorizadas na Tabela 31 suplanta as vivências compensadas em pouco mais que 50% (87 para 51 ocorrências). Dessa forma, pode-se afirmar que os heróis das histórias criadas pelos participantes vivenciaram predominantemente sentimentos incômodos, de caráter extratensivo em sua maioria (vivências do tipo impulsiva e ansiógena).

3.1.4.3. *Domínio 4.3: Bem-estar Psicológico*

Os indicadores deste domínio informam sobre o grau de descompensação afetiva, ou seja, a presença e intensidade de vivências de disforia, anedonia, ansiedade, depressão e hostilidade. Os participantes referiram uma série de vivências de sofrimento emocional, tanto relacionadas ao uso de substâncias quanto a eventos de sua história de vida. Cinco participantes referiram problemas para dormir, com sono agitado ou pesadelos. Três deles apresentaram, durante as entrevistas de AP nessa fase, critérios para diagnóstico de comorbidade psiquiátrica para Transtorno de Personalidade Antissocial (Benedito e Émerson, com o primeiro apresentando predomínio de sintomas psicóticos) e Transtorno de Personalidade Paranoide (Caio).

Alguns dados referentes a esse domínio foram apresentados anteriormente, sendo retomados de forma sucinta. Os protocolos do MMPI-IRF, tomados em conjunto (vide Tabelas 21 e 30), apontam para a ineficácia dos mecanismos de defesa frente às invasões afetivas, favorecendo o uso de mecanismos de defesa pouco desenvolvidos, ou mesmo baseados na atuação. Ainda nessa direção, cinco participantes referiram vivências descompensadas tais como fugas de casa, tentativas de suicídio e surtos de agressividade.

Os dados do TAT sugerem uma interpretação semelhante, ou seja, o predomínio de vivências afetivas de caráter disfórico ou impulsivo, nem sempre controladas pelos recursos mais maduros da personalidade (nesse sentido, vide Tabelas 27, 28 e 31 em especial). Dessa forma, os participantes apresentaram vivências de sofrimento psíquico e recursos da personalidade insuficientes para lidar com as mesmas.

3.2. *Avaliação dos internos ao final do tratamento – Fase Pós-CT*

Nesta seção, são apresentados os resultados da avaliação dos internos ao final do tratamento (Fase Pós-CT); assim como feito anteriormente, algumas hipóteses são levantadas, sendo discutidas em maiores detalhes na seção 4 (Discussão).

3.2.1. *Dimensão 1: Membro da Comunidade*

3.2.1.1. *Domínio 1.1: Agregação*

Na fase Pré-CT, os participantes apresentaram três perfis de vinculação à CT. No primeiro, os participantes vivenciaram sentimentos de ambivalência e indecisão quanto a vincular-se na CT; no segundo, os participantes evitaram o contato com outros internos como membros de um grupo de iguais, parecendo preferir estar à parte do mesmo. Apenas um participante afirmou ver-se como parte de um grupo com vínculos mútuos.

Ao final do tratamento, todos os participantes referiram sentimentos de gratidão à CT, ainda que com diferentes graus de crítica sobre a mesma. Dois deles (Benedito e Caio) enfatizaram a espiritualidade como dimensão fundamental para o tratamento, tendo sido um fator de apoio para sua permanência na CT durante a internação. Ainda utilizando os perfis descritos no parágrafo anterior, foram observadas no primeiro subgrupo de participantes referências a sentimentos de felicidade e empolgação pelo fim do tratamento. Esses participantes também relataram, contudo, que o tratamento foi difícil, apesar de suas expectativas terem sido atendidas e, para quatro participantes, superadas:

“(…) achava que ia me dar atenção, mas não tão focada, quando você procura um monitor, eles tão [sic] de braço aberto.” (Adalberto)

“(…) não é mil maravilhas, mas é melhor do que eu pensava. [Como você entende o que é um tratamento hoje?] Era, eu acho que é um bem necessário, porque eu acho que lá fora bebendo, usando droga, a gente faz uma ideia muito diferente, não tem pensamento bom, só foca o presente, futuro é Deus que dá...” (Diego)

Tanto Diego quanto Émerson e Francisco relataram que haviam sido convidados a fazer parte da equipe da CT ao final do tratamento, já exercendo atividades como tal durante as entrevistas da fase Pós-CT. Diego referiu ser parte da “equipe de apoio”, sendo responsável por atividades de manutenção física da CT (cuidados com horta e reformas em geral das instalações da CT). Já Émerson e Francisco passaram a atuar como monitores da instituição, sendo responsáveis por atividades educativas e terapêuticas com os internos e por supervisionar o trabalho dos mesmos.

Conforme já citado no início desta seção, todos os participantes referiram alguma dificuldade nos relacionamentos com a CT. Enquanto Adalberto e Benedito referiram que não

desejam passar por tratamento novamente, Caio, Émerson e Geraldo referiram momentos de dificuldade na convivência com as regras da CT e com os internos:

[Quais são as dificuldades (relacionadas ao tratamento) que você falou?] “É viver com pessoas diferentes, e ter regras, que nem todos respeitam, e por isso tem brigas e intrigas. Aqui tem regras, e lá fora não tem nada disso; aqui você recebe punição se não seguir as regras. Você fica com saudade da família, da sua esposa, sua filha e tem que aguentar um cara que peida no seu quarto, trinta pessoas pra lavar o rosto e você tem que esperar. Se você acorda mal um dia e alguém fazer uma brincadeira, se você ficar estressado, arrisca tomar uma punição, então é onde você tem que superar essas coisas, se você quer uma recuperação.” (Geraldo)

É interessante notar que, apesar de expressar gratidão ao tratamento, entendendo este como uma “reconstrução”, Francisco não referiu o grupo de internos como um elemento do mesmo, assim como observado na fase Pré-CT.

As Tabelas 32 e 33 listam os indicadores relacionados ao domínio 1.1 obtidos no MMPI-IRF e no TAT, tanto no início quanto no final do tratamento. Ambas mostram redução dos indicadores cujas elevações têm significação patológica.

Tabela 32. Distribuição dos escores T dos participantes do estudo nas escalas Pa e Si do MMPI-IRF nas fases Pré-CT e Pós-CT.

Escala/ Tipo de escore	Escore na média		Escore tendendo a elevado (entre T60 e T70)		Escore Elevado ($\geq T70$)	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Pa	4 ocorrências	5 ocorrências*	2 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência	-
Si	4 ocorrências	6 ocorrências	3 ocorrência	1 ocorrências	-	-

* inclui uma ocorrência de tendência a rebaixamento (escore entre T40 e T30)

Como pode ser observado acima, a maior parte dos participantes apresentou escores na média para as escalas Pa e Si, e um menor número de tendências a elevação de escores em relação ao início do tratamento. Os escores da escala Pa, contudo, apresentaram o mesmo número de ocorrências, apesar dos participantes com esses escores terem sido diferentes. Na Fase Pré-CT, Caio apresentou escore elevado na escala Pa e um escore menor na mesma ao final do tratamento, ainda que tendendo a elevação. Adalberto apresentou um escore na média ao final do tratamento, enquanto no início do mesmo havia pontuado entre T60 e T70. Apenas Benedito manteve seus escores na escala Pa no mesmo patamar nas duas fases da AP.

Na Tabela 33, observa-se aumento dos indicadores favoráveis aos relacionamentos grupais em relação ao início do tratamento. A maior parte dos indicadores relacionados ao domínio 1.1 teve influência decisiva para o desfecho da história.

Tabela 33. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionadas a situações de grupo nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau em que favorecem relacionamentos grupais e sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Indicador favorável aos relacionamentos grupais	18	37
Indicador desfavorável aos relacionamentos grupais	11	9
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 18 Fracasso Total Involuntário: 4 Em suspenso: 3 Fracasso Total Voluntário: 2 Sucesso Total Involuntário: 1	Sucesso Total Voluntário: 38 Fracasso Total Voluntário: 4 Fracasso Total Involuntário: 2 Sucesso Total Involuntário: 1 Sucesso Parcial Voluntário: 1

Dois exemplos de histórias são transcritos abaixo. No primeiro, pode-se observar o uso dos relacionamentos em grupo como possibilidade de crescimento mútuo, num nível mais maduro que observado no início do tratamento (comparar, nesse sentido, com a história do mesmo participante na fase Pré-CT, transcrita na subseção 3.1.1.1).

(Adalberto – Cartão 1, TL 9”, TT 4’25”) “Aqui eu vejo um grupo de amigos em seu local de trabalho, num momento de descanso que, ele tem, mas vejo que esse grupo de amigos, eles pensam juntos, no trabalho deles sempre tá [sic] buscando uma melhora no trabalho deles junto. [O que aconteceu antes? Eu acho que enquanto eles tavam [sic] buscando fazer as coisas pra si, fazer cada um de um jeito, diferente, eles não tavam conseguindo; eu acho que no momento teve um que chegou e falou: ‘Vamo [sic] parar, e colocar cada um o que pensa, e formar um, uma um tipo, um conjunto’, né, eu acho que através disso, a empresa vê uma melhora no trabalho deles, eles acabam ajudando o patrão deles a produzir melhor, e eles tendo uma vida melhor, mais digna. [Como a história termina?] Eu acho que através da, da coragem que teve um deles, de se juntar o grupo e obter uma melhora, eles conseguem [sic] obter o que eles queriam pra vida deles.” (Título: O companheiro)

(Geraldo – Cartão 1, TL 14”, TT 4’00”) “Mais uma. [ahã] Francisco, era dono de uma bela fazenda, possuía cavalos, animais, só que, ao olhar bem, havia um pequeno lugar que estava esquecido, com mato alto, folhas secas; imediatamente mandou chamar seus empregados trabalhadores, dando a ordem, ‘quero que carpem [sic] esse local, deixem bonito como o resto da fazenda’. Trabalharam a manhã toda, almoçaram, e logo após o almoço deitaram para tirar um cochilo. Uns companheiros deles, de trabalho, levantou-se [sic] meio assustado, e viu que estava ficando tarde, precisavam terminar o serviço. Chamou todos, voltaram com o serviço, e conseguiram concluir, até o final do dia sua missão. Pronto.” (Título: Os trabalhadores”

Na segunda história transcrita, pode-se observar que o relacionamento em grupo, mediado pelo trabalho, é retratado num contexto de reparação (tornar belo e limpo um lugar da fazenda que estava abandonado), sugerindo uma visão do grupo com menor grau de idealização, que pode alcançar objetivos em comum ao mesmo tempo em que depende de iniciativas individuais (membro do grupo acorda os demais para que não se atrasassem na realização do trabalho).

Dessa forma, ao final do tratamento, houve indicadores de uma visão mais madura do grupo, ou seja, com menor temor ou idealização e dando ênfase às iniciativas individuais que podem catalisar os aspectos positivos do mesmo.

3.2.1.2. *Domínio 1.2: Modelo de Atuação*

Como já apresentado na subseção anterior, todos os participantes referiram sentimentos de gratidão pela CT e de realização pessoal pelo final do tratamento, ainda que de diferentes formas. Dois participantes disseram que consideravam o final do tratamento “uma vitória”. Um deles (Caio) relatou que no início do tratamento, esperava passar por mudanças rapidamente:

“Esperava uma mudança, dentro de mim, que hoje eu vejo uma mudança, esperava ver as coisas, florir em mim, e vejo as coisas hoje florir, e uma mudança espiritual, que hoje eu espero as coisas de Deus, espiritualmente, eu tenho paciência pra ver as coisas florindo, e elas, tão indo no caminho certo, graças a Deus. (...) (Antes do tratamento) eu achava que poderia ser de repente, até ver que era bem diferente eu chegava a falar com Deus, que eu via as coisas acontecendo com os outros irmãos e não comigo, até que fui vendo que com o tempo as coisas foram acontecendo, e eu fui ficando mais paciente...” (Caio)

Quatro participantes enfatizaram a importância de atividades religiosas para o tratamento. Para Caio, a espiritualidade (vide nota de rodapé nas páginas 55 e 56) é importante por ajudar a “ficar dentro do tratamento”. Outros participantes se referiram à espiritualidade como parte de um “tripé para a recuperação”, que incluiria a participação em grupos de autoajuda e estar trabalhando⁵. Ainda sobre o trabalho, os dois participantes que se tornaram membros da equipe da CT (Émerson e Francisco) e Geraldo referiram estar se

⁵ É interessante notar que, na CT estudada, o “tripé da recuperação” era entendido como composto pela espiritualidade, participação em grupos de autoajuda e família. Durante a fase Pós-CT, diversos internos passaram a incluir um quarto “ponto de apoio”, no caso, o trabalho. Os dois participantes que fizeram referência direta ao “tripé da recuperação” nessa fase não incluíram a família como parte do mesmo.

esforçando para ser um exemplo para os outros internos, a fim de poder ajudá-los a acreditar no tratamento. O relato de Émerson sobre seu envolvimento com a CT ilustra a importância da valorização da comunidade como meio de alcançar a recuperação:

“(Minha visão sobre o tratamento) mudou quando eu passei a me voltar ao tratamento e a confiar nos outros (menciona três monitores da CT). Quanto eu deixei alguém comandar a minha vida, passei a ter a mente aberta para o que eles tinham a dizer, até a minha vida tomar um rumo. É que nem quando você tá [sic] num bar, bêbado, e dá a chave do carro pra outro dirigir, pra te conduzir por novos caminhos, novos rumos.” (Émerson)

Ao final do tratamento, os participantes referiram ter desenvolvido habilidades pessoais principalmente relacionadas à prevenção da recaída e a uma visão mais ampla de si mesmos. Três participantes (Émerson, Francisco e Geraldo) referiram, contudo, aspectos pessoais que consideravam falhos ou ainda pouco desenvolvidos:

“Tô [sic] numa fase diferente da minha vida: to mais confiante (...) tenho projeto, metas, sonho pra realizar (...). Ainda tenho lapsos, problemas de comportamento (...) muita coisa precisa ser mudada, mas como pessoa, não só como dependente químico.” (Francisco)

A Tabela 34 apresenta os indicadores relacionados ao domínio 1.2 observados nas histórias criadas pelos participantes durante o TAT nas duas fases do estudo. Ao final do tratamento, observa-se aproximadamente o dobro de indicadores relacionados a essa dimensão em relação à fase Pré-CT. Além disso, os indicadores foram predominantemente decisivos para o desfecho da história, com um aumento daqueles cuja participação no desfecho da história não dependeu de outros agentes (indicadores com Sucesso Voluntário, seja total ou parcialmente).

Tabela 34. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao domínio 1.2 (Modelo de Atuação) nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau de coerência com as expectativas da CT e sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Indicador relacionado às expectativas da CT	72	131
Indicador não-relacionado às expectativas da CT	19	11
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 56 Fracasso Total Involuntário: 15 Em suspenso: 10 Sucesso Total Involuntário: 3 Sucesso Parcial Voluntário: 3	Sucesso Total Voluntário: 116 Fracasso Total Involuntário: 3 Em suspenso: 3 Sucesso Parcial Involuntário: 5 Sucesso Parcial Voluntário: 14

Categoria	Número de ocorrências	
	Fracasso Total Voluntário: 2	Sucesso Total Voluntário,
	Sucesso Total Involuntário: 1	seguido de Fracasso Total
	Fracasso Parcial Involuntário: 1	Voluntário: 1

Com relação aos dados acima, dois perfis puderam ser observados. O primeiro engloba os protocolos dos participantes Benedito e Caio e em menor grau, dos participantes Adalberto e Diego. Nestes, observa-se heróis que, apesar de lidarem com suas dificuldades na mesma direção das expectativas da CT, parecem fazê-lo de forma idealizada (com desfechos súbitos para as histórias, do tipo Sucesso Total) e com maior dependência do meio como fonte de apoio. Esses dados sugerem que esses participantes tenham projetado nessas histórias, ainda que em diferentes graus, uma aproximação com as expectativas da CT ainda pouco integrada, ou permeada por sentimentos de insegurança. Abaixo, um exemplo de história que ilustra esse perfil:

(Adalberto – Cartão 4, TL 8”, TT 3’32”) “Aqui retrata um homem nervoso, talvez com um amigo, acho que talvez uma ofensa, uma coisa de errado que o amigo fez com ele, ele acaba se irritando e partindo pra agressão. [O que o amigo fez?] Talvez pode ter dito uma palavra de mau gosto, uma ofensa, né, e aqui também tá [sic] mostrando a mulher dele, tentando conversar, pra partir pra um diálogo. Eu acho que através da insistência dela, ele acaba se entendendo com o amigo e voltando a ter confiança nesse amigo, né. Só isso. (Título: A esperança da persistência da mulher dele, através da persistência houve uma... [O aplicador repete o que foi dito até o momento] houve, tipo, vamo [sic] dizer assim, houve um diálogo entre os dois.)

No segundo perfil de dados, que engloba os protocolos dos participantes restantes (Émerson, Francisco e Geraldo), as condutas dos heróis identificadas com as expectativas da CT apresentam maior integração, que pode ser observada com a ênfase nas condutas preparatórias e controladas mediando a satisfação das necessidades dos heróis. No exemplo abaixo, Francisco enfatiza as habilidades do herói em lidar com a pressão do meio, evitando uma recaída no hábito de jogar:

(Francisco – Cartão 4, TL 41”, TT 4’43”) “Põe aí, João era um cara muito cobiçado pelas mulheres, invejado pelos amigos, mas com o vício, com o vício do jogo. João tinha muito dinheiro, e a cada dia, se enfiava mais nos jogos. Não tinha mais tempo para os amigos, sua família, e as mulheres. João, em um dia de aposta, decide apostar tudo o que tinha na certeza da vitória, mas não aconteceu, da forma que ele pensava. Perdeu todos os seus bens, incluindo mulheres e amigos. Por muito tempo, João decidiu se afastar de tudo e de todos. Buscou mudar de vida, refazer seus pensamentos, e continuar, com sua vida. Certa vez, João retorna para sua cidade, aonde, reencontra seus velhos amigos, e hum, e mulheres. João novamente, era um homem rico, e todos querem tirar proveito, convidando João para os jogos que tanto gostava. João, já experiente, renuncia toda sua amizade

[sic], e às mulheres que tanto amava, mostrando que já não era mais o mesmo, que havia se tornado um homem de caráter.” (Título: O retorno) É isso mesmo, a historinha? [Tá ok]

Dessa forma, apesar de todos os participantes apresentarem mais indicadores relacionados ao domínio 1.2, estes parecem fazê-lo em diferentes graus de integração desse modelo.

3.2.2. *Dimensão 2: Socialização*

3.2.2.1. *Domínio 2.1.: Desvio Social*

No final do tratamento, todos os participantes se referem ao uso de substâncias com crítica, enfatizando os prejuízos relacionados à convivência interpessoal e familiar advindos do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Todos os participantes fizeram menção a melhoras nessa convivência ao final do tratamento:

“Até meu pai voltou a conversar comigo, nem esperava isso” (Benedito)

Os indicadores mais relacionados ao domínio 2.1 podem ser melhor observados nos dados obtidos a partir dos instrumentos de AP. A Tabela 35 mostra as distribuições dos escores nas escalas relacionadas a comportamentos antissociais no MMPI-IRF, tanto no início como ao final do tratamento. Pode-se observar que nas escalas L e F, os participantes apresentaram escores predominantemente na média, ainda que dois participantes tenham apresentado tendência a elevação em L ao final e não no início do tratamento.

Com relação às escalas Pa e Ma, há pouca variação na distribuição dos escores dos participantes nas duas fases do estudo, ainda que na fase pós-CT haja uma ocorrência a menos de escores tendendo à elevação na escala Pd, e uma redução do escore elevado na escala Ma para uma tendência a elevação.

Tabela 35. Distribuição dos escores T nas escalas L, F, Pd e Ma do MMPI-IRF dos participantes do estudo nas fases Pré-CT e Pós-CT.

Escala/ Tipo de escore	Escore Elevado ($\geq T70$)		Escore tendendo a elevado (entre T60 e T70)		Escore na média	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
L	-	-	-	2 ocorrências	7 ocorrências	5 ocorrências
F	1 ocorrência		2 ocorrências	1 ocorrência	4 ocorrências	6 ocorrências*
Pd	1 ocorrência	1 ocorrência	4 ocorrências	3 ocorrências	2 ocorrências	3 ocorrências
Ma	1 ocorrência	-	2 ocorrências	3 ocorrências	4 ocorrências	4 ocorrências

* inclui uma ocorrência de tendência a rebaixamento (escore entre T40 e T30)

Os dados acima sugerem que os participantes apresentam menor tendência ao uso de expedientes antissociais em relação ao início do tratamento. Contudo, dois participantes (Benedito e Diego) elevaram seus escores na escala L, sugerindo, segundo Barbieri (1996), tendência a autocontrole, convencionalismo, rigidez e possível uso de mecanismos baseados na repressão ou mesmo na negação. Um participante (Francisco) apresentou uma tendência a elevação na escala Ma ao final do tratamento, o que não havia ocorrido no início do mesmo. Esse participante referiu, na fase Pós-CT, que estava ansioso por uma proposta de trabalho que havia recebido, pois acabara de assumir o cargo de monitor na CT, afirmando estar gostando muito desse trabalho e se sentir em conflito quanto a interrompê-lo. Além disso, Francisco afirmou que não se considerava totalmente preparado para lidar com o “mundo lá fora”. Nesse sentido, pode-se hipotetizar que a tendência a elevação em Ma seja um reflexo do conflito referido pelo participante.

Os dados obtidos através do TAT podem ser vistos na Tabela 36. Em relação ao início do tratamento, os participantes produziram histórias com aproximadamente 43% menos indicadores de natureza antissocial. Também é possível notar que aproximadamente 43% desses têm influência decisiva para a história, em relação a cerca de 79% na fase Pré-CT. Ainda, cerca de 32% dos indicadores abaixo tem uma influência inicialmente importante na história, que depois é reduzida ou mesmo nulificada (indicadores com desfecho do tipo Sucesso Total Voluntário e depois Fracasso Total Involuntário), enquanto que esse tipo de desfecho foi observado apenas cerca de 4% dos indicadores na fase Pré-CT.

Tabela 36. Categorização dos indicadores das histórias do TAT de natureza antissocial nas fases Pré-CT e Pós-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Número de ocorrências	Grau de influência em relação ao desfecho da história
-----------------------	---

Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
99	56	Sucesso Total Voluntário: 78 Fracasso Total Involuntário: 9 Sucesso Total Voluntário e depois Fracasso Total Involuntário: 4 Fracasso Parcial Involuntário: 3 Fracasso Total Voluntário: 2 Em suspenso: 1 Sucesso Total Involuntário: 1 Sucesso Parcial Voluntário: 1	Sucesso Total Voluntário: 24 Sucesso Total Voluntário e depois Fracasso Total Involuntário: 18 Fracasso Total Involuntário: 4 Sucesso Parcial Voluntário: 4 Fracasso Parcial Involuntário: 3 Fracasso Parcial Voluntário: 1 Sucesso Parcial Involuntário: 1

Um exemplo que ilustra condutas dos heróis inicialmente antissociais e depois superadas é a história de Francisco para o cartão 4, transcrita na subseção anterior. Nessa mesma história, tanto a conduta do herói como o meio apresentam características antissociais, as quais no final da história se mostram superadas pelo herói.

Um segundo exemplo é a história de Benedito para o cartão 3RH, transcrita abaixo. Comparado à mesma história para esse cartão na fase Pré-CT (transcrita na subseção 3.1.2.1), a heroína se apresenta com maior esperança no esposo:

(Benedito – Cartão 3RH, TL 24”, TT 4’01”) “Parece, uma mulher chorando... acho que ela sofre com o marido dela, tem problema com droga [sic]. [Como são esses problemas?] Acho que ela, pode ser, evangélica, ter chegado na igreja, tem uma chave aqui no chão (aponta o revólver no cartão), não achou o marido dela, ele já tava [sic] pro mundão, indo atrás de porcaria, e ela começou a chorar e orar pra Deus, tirar ele desse submundo, das drogas. [O que aconteceu antes?] Acho que ela tava com ele e ele prometeu esperar ela chegar da igreja em casa, e ela chegou em casa, e não achou ele. [O que acontece depois?] Acho que ela vai conseguir alcançar a benção para ele. Deus vai abençoar ela, vai tirar ele das drogas, vai acabar levando ele pra igreja, e vai dar tudo certo. (Título: Um homem transformado.)

É interessante notar que a heroína acima, que na história da fase Pré-CT é vítima de violência por parte de seu marido, mostrando-se passiva perante este, aparece na segunda história de forma mais autônoma, ainda que o desfecho da história se deva completamente ao meio (Deus). Dessa forma, apesar da história acima apresentar menos indicadores de natureza antissocial, estes só são superados através de um desfecho súbito e mágico, sugerindo que o participante só possa lidar com os impulsos antissociais com defesas baseadas na idealização e mesmo na dissociação. Deve-se notar que Benedito ainda apresentou, ao final do tratamento, indicadores de funcionamento antissocial, com sintomas psicóticos. Apesar de ter apresentado sinais de compensação em relação ao início do tratamento, esta pareceu ser

mantida ao custo de defesas na linha da idealização (vide mais detalhes nas subseções referentes à dimensão 4: Psicológica).

Em síntese, os participantes apresentaram menor incidência de indicadores de funcionamento antissocial ao final do tratamento como um todo. Entretanto, Benedito e em menor grau, Adalberto e Caio, produziram histórias em que os heróis necessitam de ajuda do meio para lidar com seus impulsos antissociais, sugerindo que esses participantes ainda necessitem intensamente do ambiente como suporte para lidarem com tais impulsos.

3.2.2.2. *Domínio 2.2: Habilitação*

Ao final do tratamento, Benedito referiu ter aprendido a tocar bateria e que desejava tocar na igreja que havia começado a frequentar próximo ao final do tratamento. Três participantes (Diego, Émerson e Francisco) haviam conseguido emprego na CT como parte da equipe. Estes referiram que o contrato de trabalho não foi formalizado, consistindo numa “ajuda de custo”, além da renda proveniente do Auxílio-Doença do INSS. Émerson e Francisco, que começaram a trabalhar como monitores na CT, comentaram que passaram a estudar temas como os efeitos de diferentes substâncias psicoativas e os doze passos para a recuperação do AA para as reuniões que coordenavam, referindo a necessidade de se aprimorar.

A vinculação desses participantes à equipe da CT pareceu ocorrer não apenas devido ao seu desenvolvimento pessoal durante o tratamento, mas também por razões diversas para cada um deles. Diego referiu ter aceito trabalhar na CT por não ter residência fixa. Contudo, planejava ter um emprego em que não precisasse viajar, para que pudesse montar sua própria casa e construir uma família. Émerson referiu ter decidido ficar mais tempo na CT até que se sentisse melhor preparado para enfrentar o “mundo lá fora”, assim como Francisco; este, apesar de ter ficado desempregado durante o período de internação, recebeu uma proposta de trabalho pouco após ter assumido o cargo de monitor.

As impressões transferenciais na fase Pós-CT foram mais amenas com todos os participantes. No contato com um deles (Benedito), contudo, o pesquisador registrou vivências de desconforto no diário de campo, sugerindo o uso de identificação projetiva. Apesar disso, o pesquisador não registrou impressões contratransferenciais de intimidação com esse participante, o que havia ocorrido na fase Pré-CT. Outro interno (Diego) pareceu retraído, o que não impediu que o mesmo se envolvesse com as atividades propostas.

Os cinco internos restantes se mostraram bastante participativos, parecendo estar mais à vontade durante as entrevistas. Um deles (Francisco) chegou a pedir que, em uma das entrevistas, pudesse conversar com o pesquisador sobre o momento atual de sua vida, referindo estar em conflito sobre assumir um trabalho fora da CT ou continuar como monitor:

(após produzir história do TAT no cartão 2, apresentando sinais de ansiedade e dificuldade para se concentrar na tarefa) “Você veio aqui só pra isso? É que eu não tô [sic] com cabeça hoje. A gente não pode conversar um pouco?” (Francisco)

Além de abordar o conflito relacionado à troca de emprego, Francisco também referiu cobrar-se para que fizesse um bom trabalho como monitor e que, em diversos momentos, sentia-se exigido a estar sempre à disposição para acolher outros internos, mesmo que não se sentisse em condições para tanto.

Os indicadores do TAT relacionados a situações de trabalho e estudo são apresentados na Tabela 37. Em relação ao início do tratamento, os participantes produziram histórias com menos situações desse tipo. Contudo, houve cerca de seis vezes menos indicadores desfavoráveis ao trabalho ou estudo.

Tabela 37. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados a situações de trabalho ou estudo nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau em que favorecem a realização do trabalho e sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Indicador favorável a situações de trabalho	63	77
Indicador desfavorável a situações de trabalho	46	7
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 82 Em suspenso: 12 Fracasso Total Involuntário: 5 Fracasso Parcial Voluntário: 4 Sucesso Parcial Voluntário: 3 Fracasso Total Voluntário: 3	Sucesso Total Voluntário: 72 Sucesso Parcial Involuntário: 4 Sucesso Parcial Voluntário: 3 Em suspenso: 2 Fracasso Total Involuntário: 2 Fracasso Total Voluntário: 1

Dessa forma, pode-se afirmar que os participantes criaram menos histórias em que os heróis ou o conjunto apresentavam alguma dificuldade que impedisse a realização de um trabalho ou que os protagonistas alcançassem objetivos como estudar e realizar atividades profissionais.

Abaixo, são transcritos exemplos que mostram que, apesar da redução de indicadores negativos relacionados a situações de trabalho ou estudo, os participantes apresentaram

diferentes níveis de elaboração dessas questões. A primeira história transcrita é a criada por Diego para o cartão 1:

(Diego – Cartão 1, TL 12”, TT 2’49”) “Começar é meio difícil mesmo, até encaminhar... um menino pensando como ele consegue tocar esse violino, se ele consegue tocar. Depois, eu creio que ele consegue. [O que acontece antes?] Eu acho que ele tentou tocar e não saiu bem as letra [sic], ficou meio chateado. [O que ele estava pensando nessa hora?] Nessa hora, aqui (aponta para o cartão) [Sim]. Se ele, realmente consegue tocar. [Como a história termina?]. Eu acho que ele consegue, tocar, com força de vontade ele consegue tocar, nada é impossível, além da morte, né? [Mais algo?] Não.” (Título: Mudança de vida)

Comparando a história acima com a criada pelo mesmo participante para o cartão 1 na fase Pré-CT (vide subseção 3.1.2.2), o herói satisfaz a necessidade de conhecimento/realização, enquanto na fase Pré-CT, o desfecho da história se encontra em suspenso. Entretanto, na história da fase Pós-CT não há detalhes sobre como o herói consegue atingir seu objetivo, sugerindo que o participante sinta dificuldade para planejar suas condutas. Outros participantes (Adalberto, Benedito e Caio) criaram histórias semelhantes em que, apesar dos desfechos do tipo Sucesso Total Voluntário, as ações dos heróis são súbitas ou mesmo idealizadas, como pode ser visto abaixo:

(Caio – Cartão 1, TL 6”, TT 4’38”) “Tipo, Eu vou contar o que eu entendi [Faça a partir dessa figura]. Bom, aqui é um menino na casa de nove, dez anos, ele tá [sic] na carteira da escola, refletindo sobre a sua lição, que a professora passou para ele. Ele está meditando muito, porque a matéria que a professora passou é difícil, mas em seu pensamento ele acha que ele vai conseguir fazer essa matéria. Ele está muito vibrado no texto, numa concentração enorme, porque é uma prova de final de ano, que vale a sua passagem para o ano seguinte. No decorrer da prova, vem várias dúvidas sobre o texto, mas, o menino, consegue distinguir o texto e responde, entregando para a professora. Ele aguarda ansioso o resultado, pensando muito, e aí a professora, passa os resultados para a classe, e logo vai chegar a vez dele, e o resultado é que ele consegue ser aprovado, e por isso passa de ano letivo (gesticula que terminou). Ele fica feliz e partilha sua alegria com sua mãe e seus familiares. É o término.” (Título: A perseverança de um aluno)

Pode-se observar que, apesar do uso de idealização, a história apresenta boa qualidade formal e trama detalhada, ainda que o final pareça mais pobre.

A história abaixo ilustra indicadores observados nos protocolos dos participantes Émerson, Francisco e Geraldo, relacionados a situações de trabalho e estudo:

(Geraldo – Cartão 2, TL 19”, TT 8’32”) Posso? [ahã] Em um pequeno vilarejo, (...) havia uma moça, (...) que possuía grandes sonhos, tinha grandes sonhos. (...) Seu nome, seu nome era Amélia. (...) S,s, [sic] seu

sonho, era conseguir, dar aulas, conseguir, abrir, uma pequena escola, perto onde morava. Contudo; através de muito sofrimento, muita luta, conseguiu, viajar para a capital, e entrar numa grande faculdade, de nome. Na sua casa, viviam apenas sua mãe e seu irmão, que levavam sua vida na lavoura. Mas, contudo, ela insistia no seu sonho, se tornar professora. Estuda, estudou bastante, (...) mas porventura [sic], sua família, acabara, ter por ter, tipo, tiveram que ir embora da sua casa no campo Amélia, bem estruturada, quase para, se formar, levou para morar com ela, sua mãe e seu irmão, tirando-os do campo. Amélia realizou seu sonho, sua grande vontade de ser professora; casou-se com João Batista, um homem de grandes portes, conseguiu se ingressar, na carreira de professora. Nas faculdades da grande cidade onde morava, conseguiu dar aulas, (...) e, montou, construiu, uma pequena, escolinha, com seu nome na vila, no vilarejo onde morava, para todas as crianças. Só.” (Título: Título? Em busca de um sonho.) “Qual foi o título da outra que eu dei? [Não vou me lembrar] Não?”

Pode-se observar que a história apresenta boa elaboração da trama, em especial das dificuldades vivenciadas pela heroína. Contudo, durante a narrativa, o participante pareceu preocupado em conseguir a aprovação do pesquisador, produzindo histórias detalhadas (vide um sinal semelhante na história de Francisco para o cartão 4, transcrita no subseção 3.2.1.2). Ao mesmo tempo, é interessante notar a referência do participante à história criada por ele na fase Pré-CT. Esses sinais sugerem ansiedade, levando-o a produzir uma história longa. Ainda que nos protocolos desses participantes, as histórias apresentem boa elaboração, a presença de sinais de ansiedade sugere que as situações de trabalho ou estudo favoreceram a expressão de afetos relacionados à responsabilidade (vide subseção 3.2.3.2) e o desejo de demonstrar as capacidades recuperadas ao final do tratamento. Outros indicadores dessa hipótese podem ser encontrados na análise do terceiro domínio dessa dimensão, realizada na subseção abaixo.

3.2.2.3. *Domínio 2.3: Valores de Bem Viver*

Ao serem perguntados sobre como se viam ao final da internação, todos os participantes referiram melhoras, as quais podem ser relacionadas a valores de bem viver. Novamente, esses podem ser divididos em dois subgrupos.

Os participantes Adalberto, Benedito, Caio e Diego referiram melhoras tais como a percepção de estar “mais aberto” (Adalberto), ter passado por um “despertar espiritual” (Benedito) e se ver capaz de readquirir bens perdidos e formar uma família (Caio e Diego). Nesse sentido, é possível afirmar que os mesmos referiram maior autoconfiança, enquanto Caio e Diego fizeram referência à valorização do trabalho como dimensão de desenvolvimento pessoal.

No outro subgrupo, Émerson, Francisco e Geraldo também relataram melhoras na mesma direção (em especial com relação à autoconfiança). Contudo, além desses ganhos, os mesmos referiram o desenvolvimento de responsabilidade com a CT. Geraldo relatou querer “ajudar outras pessoas” com problemas parecidos com o seu, desejando “entender mais a doença que é a dependência química”. Já Émerson e Francisco descreveram mudanças na forma de se relacionar com os outros internos e consigo mesmos, em especial após se tornarem monitores da instituição. Ambos disseram sentirem que seu trabalho é uma grande responsabilidade:

“Eu tô [sic] aprendendo mais. Eu sinto uma cobrança em ser um exemplo, mas eu tô me sentindo melhor com isso. Eu sei que eu tenho responsabilidade como monitor, não só comigo, mas com vinte e seis pessoas. Essa responsabilidade tá me fazendo crescer mais” (Francisco)

Dessa forma, pode-se afirmar que o segundo subgrupo pareceu desenvolver mais valores de bem viver que o primeiro, ao mesmo tempo em que este processo pareceu relacionado a um maior envolvimento com a CT; nesse sentido, vide os resultados da Dimensão 1 (Membro da Comunidade).

As escalas do MMPI-IRF relacionadas aos Valores de Bem Viver (no caso, F, Pd e Ma) foram discutidas na seção referente ao domínio 3.1 (Desvio Social). Resumidamente, observou-se ausência de escores acima da média para as três escalas citadas, com exceção de um participante que apresentou escore acima de T70 na escala Pd, onde houve apenas três ocorrências de resultados dentro da média. Esses dados sugerem que os participantes como um todo se mostram menos defensivos, podendo se colocar de forma mais espontânea e reduzindo a necessidade do uso de mecanismos mais primitivos (defesas maníacas ou psicopáticas) para lidar com a ansiedade. Essa dinâmica parece mais desenvolvida no segundo subgrupo de participantes descrito no início desta subseção, incluindo Diego, do primeiro subgrupo.

As Tabelas 38 e 39 apresentam os indicadores nas histórias do TAT relacionados aos Valores de Bem Viver. Ao final do tratamento, os heróis apresentaram mais atributos positivos que negativos, numa proporção aproximadamente inversa ao observado na fase Pré-CT, considerando o número de ocorrências de cada tipo de atributo. Ainda, pode-se observar que há mais que o dobro de atributos positivos em relação aos negativos.

Tabela 38. Categorização dos atributos dos heróis nas histórias do TAT durante as fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao seu tipo.

Categoria	Número de ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Atributos positivos	70	124
Atributos negativos	108	61

Tabela 39. Categorização dos desfechos das histórias do TAT durante as fases Pré-CT e Pós-CT, quanto ao grau em que as necessidades dos heróis foram satisfeitas.

Tipo de Desfecho e Número de Ocorrências	
Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Sucesso Total Voluntário: 28	Sucesso Total Voluntário: 53 Em suspenso: 6 Sucesso Parcial Voluntário: 4 Sucesso Total Involuntário: 4 Fracasso Total Involuntário: 2 Sucesso Parcial Involuntário: 1
Fracasso Total Voluntário: 9	
Fracasso Total Involuntário: 8	
Em suspenso: 7	
Sucesso Parcial Voluntário: 6	
Fracasso Parcial Voluntário: 5	
Fracasso Parcial Involuntário: 3	
Sucesso Total Involuntário: 3	
Sucesso Parcial Involuntário: 1	

Com relação aos desfechos das histórias, a Tabela 39 mostra que houve menor variação em comparação à fase Pré-CT, com predomínio da categoria Sucesso Total Voluntário e redução das outras categorias. Também é possível observar que apenas duas histórias apresentaram desfecho do tipo Fracasso, comparado com 25 histórias na fase Pré-CT.

O conjunto de indicadores sugere, portanto, que os participantes criaram histórias em que os heróis apresentam predominantemente atributos positivos, cujas necessidades são satisfeitas com sucesso, graças a seus próprios esforços. Dessa maneira, o grupo como um todo parece ter maior autoconfiança em relação à fase Pré-CT, a qual é projetada nas histórias criadas.

Apesar disso, tais características aparecem nas histórias de formas diferentes para os dois subgrupos de participantes descritos no início desta seção. Nos protocolos de Benedito e Caio, e em menor grau, Adalberto e Diego, os atributos positivos dos heróis apareceram de forma idealizada, como pode ser visto no exemplo abaixo:

(Caio – Cartão 2, TL 9”, TT 9’53”) “Essa história, se baseia, no sertão do Nordeste, no interior, que lá se vê muita alegria e muita paz. Ar puro, árvores, animais, plantios, e um maravilhoso rio, que se passa [sic] atrás da fazenda. Lá também tem uma família muito espiritual, que gosta, de por, muita vontade, nas coisas que faz. Também existe um homem, com sua bravura, e chefe de família, controla essa fazenda. Ele se chama Maicon, um belo homem, que tem uma responsabilidade enorme, diante dos seus antepassados. Sua mãe, que se, chama

Maria, acompanha demais o trabalho do seu filho Maicon, e apóia muito, porque depois do falecimento do seu pai João, ele que comanda as terras e dá ordem na fazenda. Maicon também tem uma bela esposa, que se chama Rosana, uma bela jovem que conheceu, na igreja da redondeza. É uma mulher muito bonita e espiritualmente de paz no seu coração (olha relógio). Por isso, sua simpatia por Maicon gerou esse namoro que em breve virão [sic] um casamento, serão um casamento [sic]. Essa é uma família muito espiritual. (gesticula que terminou). [Mais algo?]. Só isso. (Título: A volta por cima.)

Na história acima, pode-se observar a valorização do trabalho atrelada a antepassados que parecem se colocar como figuras ao mesmo tempo admiradas, mas aparentemente vividas como exigentes, na forma de responsabilidade do herói, sobre a qual o participante não forneceu maiores detalhes. Na história abaixo, os indicadores típicos do segundo subgrupo nesse domínio podem ser observados:

(Geraldo – Cartão 1, TL 13”, TT 7’07”) “Bom, era uma vez um garoto, que se chamava Manoel. Ele, era o dia do seu aniversário [sic], e ele tinha ganho, ganhado um presente do seu pai. Só que quando ele abriu o presente do seu pai, ele se surpreendeu com o que era. Era um violino! Mas ele não gostava de violinos, de música, tanto que ele tinha pedido uma bola de futebol. Mas com o passar do tempo, ele foi, pegando o violino, olhando, mesmo sabendo sem tocar [sic], tentando tocar, vendo que som tinha, fazendo alguma coisa... Mais tarde, já tirando quase algumas notas, sabendo tocar, seguiu em frente, buscando aprender mais, tomando gosto; aprendeu a tocar sozinho e muito bem! Mas num intervalo de sua vida, nesse meio grandioso, seu pai veio a falecer, só restando sua mãe. Quando maior tornou-se um grande músico, compondo belas sinfonias, e depois de uma grande apresentação num teatro para muitas pessoas... recebeu o carinho de todos, foi homenageado, e sua mãe, bem velhinha, feliz com a evolução do filho, com que o seu filho tinha se tornado, revelou a ele, dizendo, que esse era o grande sonho do pai dele, ser um músico, e que naquela noite, havia visto, seu sonho se tornar realidade através de seu filho. Pronto. (Título: O violinista)

Na história acima, o herói, apesar de inicialmente desmotivado, parece interessar-se gradualmente pelo presente do pai (violino), realizando um sonho deste (ainda que não-intencionalmente). É interessante comparar a história acima com a criada pelo mesmo participante na fase Pré-CT para o mesmo cartão (vide subseção 3.1.2.3), em que o herói desiste de tocar violino apesar dos esforços do meio (pai). A mudança na trama e na conduta do herói observada nessas histórias sugere que Geraldo tenha desenvolvido maior autoconfiança, facilitando a projeção da fantasia de reparação com a figura paterna através da recuperação e da finalização do tratamento. Essa hipótese é reforçada pela projeção durante a narrativa de um evento da história de vida do participante, no caso, a perda de seu pai aos doze anos de idade, à qual o mesmo referiu ter sofrido, mas ter sido acolhido pelas irmãs e pela mãe, favorecendo o desenvolvimento de recursos mais maduros da personalidade. O

status desses recursos ao final do tratamento para os outros participantes é abordado na próxima subseção.

3.2.3. *Dimensão 3: Desenvolvimento*

3.2.3.1. *Domínio 3.1: Maturidade*

Os participantes referiram, ao final do tratamento, situações de controle dos impulsos ou o desenvolvimento de habilidades nessa direção:

“Antes do tratamento, eu me via descontrolado (...) Cara, (hoje) a gente se sente outro, (...) a gente dá mais valor a pequenas coisas (...) só de você poder por a mão no bolso, e falar, ‘quero comer um lanche’, saber que você tem guardado, pensar no amanhã, isso eu mudei. Antes era só ganhar dinheiro e beber, beber...” (Diego)

“Hoje eu tenho mais paciência.” (Caio)

“(...) lá fora não tinha como pensar por estar num nível de compulsão (...) não tinha tempo nem condições pra isso” (Francisco)

Três participantes (Adalberto, Émerson e Francisco) referiram que, apesar das conquistas relacionadas ao final do tratamento, desejam lidar com conflitos que consideram ainda não resolvidos:

“Ainda falta muita coisa, mas o que eu tenho eu tô [sic] feliz, como pessoa.” (Francisco)

“Me sinto bem; uma das coisas que a casa me mostrou é de (por) eu ser muito nervoso, muito agressivo, a ignorância, a explosão, perdi muita coisa, tanto que me tornei monitor, desde os 7 meses de tratamento. [Essa é uma grande mudança; como é isso para você?] Eu vejo que muda a postura (...); é uma responsabilidade trabalhar com vida, que não é qualquer mercadoria...” (Émerson)

O relato de Geraldo ilustra o sentimento, vivido em especial por esse participante, de que as mudanças ao final do tratamento foram intensas:

“a gente muda completamente, os velhos hábitos, a gente vem pra uma comunidade, pra nascer de novo, mudar nosso corpo, nossa mente, nosso espírito. Porque o dependente químico é oito ou oitenta, ou muda radical ou volta a usar droga, é fato.”

Apesar do relato acima ilustrar as vivências hipomaníacas associadas ao final do tratamento pelos participantes, a fala de Émerson parece sintetizar a visão dos mesmos sobre uma maior consciência acerca da necessidade de desenvolver habilidades relacionadas ao controle dos impulsos:

“(ao final do tratamento) eu tenho uma visão mais ampla, que nem um cavalo com aquele tampão nos olhos, hoje eu penso, antes de fazer, porque tem consequência, né Alessandro? Então eu tenho uma visão mais ampla.” (Émerson)

Os indicadores dos instrumentos de AP sugerem que os participantes apresentam menor sofrimento emocional, o que parece facilitar o uso de recursos mais maduros. A Tabela 40 mostra que houve apenas duas ocorrências de pontuações elevadas, em comparação com dez dessas na fase Pré-CT.

Tabela 40. Escores fora da média nas escalas do MMPI-IRF durante as fases Pré-CT e Pós-CT.

Escalas / Tipo de variação	Rebaixamento ($\leq T30$)		Tendência a Elevação (entre T60 e T70)		Elevação ($\geq T70$)	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
L	-	-	-	2 ocorrências	-	-
F	-	-	1 ocorrência	1 ocorrência	2 ocorrências	-
K	4 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência	1 ocorrência	-	-
Hs	-	1 ocorrência*	-	-	-	-
D	-	1 ocorrência	1 ocorrência	1 ocorrência	1 ocorrência	-
Hy	-	-	1 ocorrência	-	-	-
Pd	-	-	4 ocorrências	3 ocorrências	1 ocorrência	-
Mf	-	1 ocorrências	1 ocorrência	-	-	-
Pa	-	2 ocorrências*	2 ocorrências	-	1 ocorrência	1 ocorrência
Pt	-	1 ocorrência	3 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência	-
Sc	-	2 ocorrências*	1 ocorrência	-	3 ocorrências	1 ocorrência
Ma	-	-	2 ocorrências	3 ocorrências	1 ocorrência	-
Si	-	-	3 ocorrências	1 ocorrência	-	-

*inclui uma ocorrência de tendência a rebaixamento (escore entre T40 e T30)

Em relação ao início do tratamento, os participantes apresentaram 30% menos ocorrências de pontuações tendendo a elevadas (20 ocorrências na fase Pré-CT, comparada a 14 na fase Pós-CT), além de mais ocorrências de escores rebaixados ao final do tratamento (10 ocorrências na fase Pós-CT, comparada a 4 na fase Pré-CT). Também pode ser observado que, apesar dos participantes terem apresentado mais escores rebaixados ao final do tratamento, houve diminuição do número de ocorrências de baixos escores na escala K em relação à fase Pré-CT. Este resultado sugere que os dois participantes que aumentaram seus escores nessa escala (no caso, Benedito e Francisco) tenham apresentado melhores recursos defensivos, enquanto Adalberto e Caio não apresentaram mudanças.

Os indicadores do TAT relacionados ao domínio 3.1 são apresentados na Tabela 41, onde se observa elevação do número de sinais de maturidade, além do predomínio daqueles com influência decisiva para o desfecho da história (Sucesso Total Voluntário).

Tabela 41. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.1 (Maturidade) nas fases Pré-CT e Pós-CT quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Indicador relacionado ao Domínio Maturidade	38	62
Grau de influência em relação ao desfecho da história	Sucesso Total Voluntário: 24 Fracasso Total Involuntário: 6 Sucesso Total Involuntário: 3 Sucesso Parcial Voluntário: 2 Fracasso Total Voluntário: 2	Sucesso Total Voluntário: 55 Sucesso Parcial Voluntário: 3 Fracasso Total Involuntário: 1 Sucesso Total Involuntário: 1 Fracasso Total Voluntário: 1

	Em suspenso: 1	Em suspenso: 1
--	----------------	----------------

As histórias abaixo ilustram os perfis histórias dos dois subgrupos de participantes descritos nas seções anteriores. Na história abaixo, pode-se observar a importância do meio para que o herói possa assumir uma identidade mais madura:

(Diego – Cartão 7RH, TL 13”, TT 4’ 59”) “Eu vejo um amigo mais velho, dando um conselho prum [sic] rapaz mais novo, mas, que se dão bem, apesar da idade, da diferença de idade. Eles tão [sic], dando bons conselhos, pro mais novo, percebendo que ele é, que ele tá certo, e ele aceitando, é essa a conclusão. [Que conselho ele está dando?] Pro rapaz mudar de vida, procurar guardar mais dinheiro, fixar mais na família, que a mocidade um dia passa, no bem popular, dando um puxão de orelha. [Por quê?] Tá [sic] descabeçado, largado, sem motivação, pra crescer, mesmo tando [sic] bem vestido, com pouco dinheiro, mas não tá com cabeça. [Como a história termina?] Ele aceita esse conselho e segue, segue, segue o, o conselho, como se diz. (Título: Mudança de vida) O que vem na cabeça, não sei se repetiu (a história da fase anterior), mas é o que eu acho, o que eu espero, né?”

Tanto Diego como os outros participantes de seu subgrupo (Adalberto, Benedito e Caio) criaram histórias em que os heróis apresentaram condutas controladas, mas aparentemente com menor autonomia em relação ao segundo subgrupo. Outros exemplos são a história criada na fase Pós-CT por Adalberto no cartão 4, transcrita na subseção 3.2.1.2 (sobre amigos que brigam e fazem as pazes após a intervenção da esposa de um deles) e a história de Benedito para o cartão 3RH, transcrita na subseção sobre o domínio 2.1 (Desvio Social), dessa mesma fase. Nessa última história, também chama atenção que o meio (Deus) é completamente determinante para que o herói secundário (homem usuário de drogas) seja “curado”, sugerindo que o participante tenha pouca autonomia para o controle dos próprios impulsos, necessitando do meio como suporte.

Com relação ao segundo subgrupo (que inclui os participantes Émerson, Francisco e Geraldo), um exemplo pode ser visto na subseção 3.2.1.2, na história de Francisco para o cartão 4, onde o herói, após um período de isolamento e recuperação, consegue lidar com o vício em jogo. As duas histórias abaixo, criadas por Émerson no início e ao final do tratamento, respectivamente, ilustram um herói impulsivo que, na fase Pós-CT, vivencia maior consciência sobre suas ações:

(Émerson – Fase Pré-CT, Cartão 4, TL 1”, TT 3’26”) “Deixa eu pensar, já que tem tempo, vamo [sic] pensar, (ri) Pode levar mais tempo... (fala sobre ser agitado) [É o seu jeito?]. É. Aqui eu tô [sic] vendo a mulher segurando o marido, eles tavam [sic] em alguma festa e aí alguém mexeu com a mulher dele, ou esposa, e ele quer tirar satisfação, mas a mulher não permite, quer evitar confusão. E, com muito custo a mulher convence ele

a esquecer essa história, essa confusão. Ele se acalma, e, (ri, agitado) e ela convence ele a ir embora. Só. (Título: No meu caso, um grande covarde, esse aí.)

(Émerson – Fase Pós-CT, Cartão 4, TL 17”, TT 3’46”) “Tô vendo um casal, tava numa festa, o cara já tinha bebido demais, ultrapassado com o limite, e, e acha que, o cara do lado estava mexendo na mulher: tenta partir pra agressão, mas a mulher não deixa, segura ele. Ele faz um escândalo no bar, quebra tudo, expõe a mulher ao ridículo, até que a mulher consegue conter, e leva ele para casa. Só. [O que ela está pensando?] Porque [sic] do álcool, da bebida, ela tá sendo exposta ao ridículo, por um vício que não é dela, mas do marido. [E ele, o que está pensando?] No momento, tá só pensando em agredir o cara, só no outro dia, quando acorda, vai perceber o quanto foi ridículo, a besteira que ele fez, arrumando confusão onde não existia. [Como termina?] Ele decide parar de beber. [Mais algo?] Não. (Título: Insanidade.)

Na segunda história, pode-se observar menos sinais de ansiedade e uma apreciação mais integrada das ações do herói pelo participante. Nessa mesma história, Émerson pareceu se referir a uma maior consciência de ações irrefletidas, na mesma direção de sua fala, transcrita nesta mesma seção. Dessa forma, o segundo subgrupo apresentou, ao final do tratamento, recursos da personalidade mais desenvolvidos no que se refere ao contato e controle dos impulsos.

No que concerne ao relacionamento com figuras de autoridade, também pode-se observar diferenças qualitativas entre os dois subgrupos. No primeiro deles, essa relação aparece de forma mais flexível em relação à fase Pré-CT. Abaixo, transcreve-se a história de Adalberto para o cartão 8RH; sugere-se a comparação com a história para a mesmo cartão no início do tratamento, transcrita na subseção 3.1.3.1:

(Adalberto, Cartão 8RH, TL 6”, TT 3’24”) “Aqui eu acho que na época de um regime militar, retrata um rapaz, tentando buscar uma forma de o que fazer pr’aquelas [sic] pessoas que tão sendo torturada [sic], eu acho que ele tem bastante dificuldade com essa luta que ele tá tendo, mas eu acho que ele acaba debatendo com muitas pessoas que tá [sic] acima dele, e com bastante dificuldade ele consegue amenizar o sofrimento dessas pessoas, que tá [sic] sendo torturadas. [Como a história termina?] Eu acho que através da força de vontade dele, da perseverança dele, de pensar nas outras pessoas, em ajudar, ele acaba conseguindo libertar essas pessoas. (Título: A liberdade)

Na história acima, o herói consegue lidar com figuras de autoridade descritas como rígidas e cruéis na fase Pré-CT, sugerindo que o participante apresente um superego mais flexível ao final do tratamento, e, portanto, mais maduro.

Já o segundo subgrupo criou histórias em que tal relacionamento é por vezes marcado por sentimentos de ambivalência, relacionados à projeção de um superego que parece

restringir a autonomia, ainda que ofereça proteção. Tal dinâmica pode ser melhor observada nas histórias de Francisco na fase Pós-CT. Este participante, após ter criado para o cartão 3 uma história semelhante à parábola bíblica do filho pródigo, criou a seguinte história no cartão 6RH:

(Francisco – Cartão 6RH, TL 19”, TT 5’20”) “Era uma vez, um garoto, que fazia tudo, o que sua família, o que sua mãe, o que sua família mandava. Ele não tinha prazer, pela vida que levava, cresceu frustrado, por não poder viver como as outras crianças. Como era o nome dele, não dei nome não, né? [Não] Põe aí o nome dele, Paulo. Paulo foi crescendo, e a rigidez de sua educação o fazia cada vez mais amargurado, com sua família. Quando completa mais idade, sem demora, decide seguir o seu caminho. Chama sua família, e anuncia, que irá, mudar de país. Sua família não entende, porque sempre teve, sempre Paulo teve tudo o que queria dentro de sua casa; queriam saber o que porquê de sua decisão. Paulo relata tudo o que viveu durante todos esses anos, que se passavam, o quanto foi, triste, quando criança, e sozinho, quando adolescente. E o que eu, o que ele mais queria, não eram brinquedos, os seus bens, que ganhava, e sim o amor e a liberdade, como toda criança deseja. Ponto também. [Como a história termina?] Termina onde eu parei? [aplicador repete última frase da história e repete pergunta] Debaixo de lágrimas, Paulo vai em busca de todo o tempo perdido, ele com sua liberdade em mãos, ele, faz, a sua própria família. Ponto, termina por aí. (Título: (...) Liberdade)

Na história acima, pode-se observar que a busca por autonomia perante figuras de autoridade excessivamente protetoras é permeada por angústia relativa à separação, numa história cuja temática remete a vivências comumente observadas na adolescência. Pode-se hipotetizar que nessa história, o participante projete um conflito que, num momento de vida que o mesmo descreve como de “reconstrução”, a busca de autonomia possa ser retomada com o final do tratamento. Essa hipótese é discutida em mais detalhes na seção 4 (Discussão).

3.2.3.2. *Domínio 3.2: Responsabilidade*

Nas seções anteriores, foram apresentados resultados que sugerem que todos 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. Com relação aos indicadores deste domínio, alguns participantes (Adalberto e Émerson) referiram que não imaginavam que iriam terminar o tratamento, considerando-se vitoriosos por tal feito.

Outra mudança relacionada a este domínio refere-se ao fato de três participantes terem se tornado membros da equipe da CT, como já apresentado anteriormente. Esse resultado

pode ser entendido como um indicador de maior envolvimento com a CT, ainda que os participantes tenham referido razões diferentes para tanto – vide seção referente ao domínio 2.2 (Habilitação).

Os indicadores obtidos com os instrumentos de AP são apresentados nas Tabelas 42 a 44. Nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa (e, portanto, associadas à assunção de responsabilidade), pode-se observar que, à exceção de uma ocorrência para a escala Pa, os participantes não apresentaram escores elevados (acima de T70).

Tabela 42. Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas a vivências de culpa durante as fases Pré-CT e Pós-CT.

Escalas / Tipo de variação	Escore dentro da média		Tendência a Elevação (entre T60 e T70)		Elevação (≥T70)	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Hs	7 ocorrências	7 ocorrências**	-	-	-	-
D	5 ocorrências	6 ocorrências*	1 ocorrência	1 ocorrência	1 ocorrência	-
Hy	6 ocorrências	7 ocorrências	1 ocorrência	-	-	-
Pd	2 ocorrências	4 ocorrências	4 ocorrências	3 ocorrências	1 ocorrência	-
Pa	4 ocorrências	6 ocorrências*;**	2 ocorrências	-	1 ocorrência	1 ocorrência
Pt	3 ocorrências	5 ocorrências*	3 ocorrências	2 ocorrências	1 ocorrência	-
Ma	4 ocorrências	4 ocorrências	2 ocorrências	3 ocorrências	1 ocorrência	-

*inclui uma ocorrência de escore rebaixado (abaixo de T30)

** inclui uma ocorrência de tendência a rebaixamento (escore entre T40 e T30)

Além do menor número de escores elevados, observa-se na Tabela 42 uma redução geral dos escores em relação à fase Pré-CT, incluindo a ocorrência de pontuações rebaixadas ou tendendo ao rebaixamento. A única exceção é a escala Ma, em que houve uma redução de escore elevado para uma pontuação dentro da média, apresentada pelo participante Benedito, e uma elevação apresentada por Francisco, de um escore médio no início do tratamento para uma tendência a elevação na fase Pós-CT. Esses resultados sugerem que os participantes apresentam melhores condições para lidar com vivências de culpa, ainda que no caso de Benedito e Caio, que apresentaram indicadores de funcionamento psicótico, essa hipótese deva ser considerada com mais cautela.

A Tabela 43 apresenta os dados do TAT referentes a este domínio. Ao final do tratamento, houve um número aproximadamente igual de indicadores relativos aos heróis (necessidades e condutas), ainda que estes tenham sido mais influentes como um todo para os desfechos da história (ou seja, classificado como Sucesso), em relação à fase Pré-CT.

Tabela 43. Categorização dos indicadores das histórias do TAT relacionados ao Domínio 3.2 (Responsabilidade) nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências		Grau de influência em relação ao desfecho da história	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Indicador relacionado ao Domínio Responsabilidade (à exceção do meio ou conjunto)	31	30	Sucesso Total Voluntário: 25 Fracasso Total Involuntário: 3 Em suspenso: 3	Sucesso Total Voluntário: 26 Fracasso Total Involuntário: 1 Em suspenso: 1 Sucesso Parcial Voluntário: 1 Sucesso Total Involuntário: 1
Característica do meio favorável ao exercício da Responsabilidade	18	16	Sucesso Total Voluntário: 30 Em suspenso: 3 Fracasso Total Involuntário: 3 Fracasso Total Voluntário: 2 Fracasso Parcial Voluntário: 1 Sucesso Parcial Voluntário: 1 Sucesso Total Involuntário: 1	Sucesso Total Voluntário: 32 Fracasso Total Involuntário: 4 Sucesso Total Involuntário: 2
Característica do meio que elicia Responsabilidade	11	16		
Característica do meio desfavorável ao exercício da Responsabilidade	12	6		

Apesar das histórias terem apresentado menos indicadores do meio (ou conjunto) relativos a este domínio, a Tabela 43 mostra que eles são mais decisivos para o desfecho da história e mais favoráveis ao exercício da Responsabilidade do que no início do tratamento.

A Tabela 44 mostra a classificação da influência do meio para o desfecho das histórias nas duas fases do estudo. A partir desses dados, é possível inferir a natureza de percepção do aplicando acerca do ambiente, informando sobre o tipo de *locus* de controle predominante. Como pode ser observado, na maioria das histórias o meio foi visto como participante do desfecho das mesmas, ainda que apenas parcial e não totalmente.

Tabela 44. Categorização do meio (ou conjunto) das histórias do TAT nas fases Pré-CT e Pós-CT, quanto a sua influência no desfecho das histórias.

Categoria	Número de ocorrências		Grau de influência em relação ao desfecho da história	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Meio totalmente determinante para o desfecho da história	19	9	Sucesso Total Voluntário: 37 Fracasso Total Involuntário: 10 Em suspenso: 9 Fracasso Total Voluntário: 5 Sucesso Parcial Voluntário: 4 Sucesso Total Involuntário: 3 Fracasso Parcial Voluntário: 1 Fracasso Parcial Involuntário: 1	Sucesso Total Voluntário: 59 Fracasso Total Involuntário: 3 Em suspenso: 2 Sucesso Parcial Voluntário: 2 Sucesso Total Involuntário: 2 Fracasso Parcial Voluntário: 2
Meio parcialmente determinante para o desfecho da história	40	39		
Meio não-determinante para o desfecho da história	11	22		

A Tabela 44 também mostra que, ao final do tratamento, houve mais histórias em que o meio não exerceu qualquer influência na história, sugerindo que os participantes projetaram heróis mais ativos no alcance de seus objetivos e dependendo menos do meio, o que sugere o predomínio de um *locus* de controle interno.

Abaixo são transcritos exemplos que ilustram que a descrição acima se aplica em diferentes graus para os dois subgrupos de participantes descritos anteriormente. Na primeira história abaixo, o herói apresenta uma tentativa de reparação, com a trama mostrando elementos de ambivalência quanto ao exercício da Responsabilidade:

(Adalberto – Cartão 7RH, TL 14”, TT 4’01) “Aqui eu vejo duas autoridade [sic], estudando um processo que vai acontecer, eu acho que os dois tá [sic], como eu posso dizer, os dois tá achando uma norma, um jeito de fazer uma coisa prum [sic] rapaz, que jeito que eles podem fazer pra ajudar no julgamento do rapaz. [O que aconteceu ao rapaz?] Pode ser que cometeu alguns delitos no passado, e pode ser que com o advogado dele, tá querendo se retratar com a sociedade. [O que acontece depois?] Acho que através do conhecimento do advogado e, da coragem dele de encarar essa dificuldade com o juiz, ele consegue a absolvição dele e volta limpo pra sociedade. [Mais algo?] Não, só.” (Título: Acho que a ‘coragem de encarar a vida’, ele soube assumir os erros, sabendo que ele podia ser preso, tendo uma condição muito dolorida na vida dele, mas ele bateu de frente.)

Pode-se notar que, apesar do herói assumir a responsabilidade pelos delitos que cometeu, a tentativa de reparação é mediada por uma fantasia onipotente (“ele consegue a absolvição dele e volta limpo pra sociedade”), sugerindo a dificuldade em exercer Responsabilidade de forma integrada. Outro exemplo desse subgrupo (que inclui os participantes Benedito, Caio e, em menor grau, Diego) é a história de Caio para o cartão 2 (vide subseção 3.2.2.3.), em que o herói é descrito como tendo “uma responsabilidade enorme com os antepassados”, sugerindo que a assunção desta seja vista como difícil ou mediada apenas pelo superego.

Exemplos de histórias do segundo subgrupo (dos participantes Émerson, Francisco e Geraldo) foram apresentados em outras seções. Uma delas é a história de Francisco para o cartão 2, mostrada na subseção 3.2.2.2, em que a heroína satisfaz seu objetivo inicial (abrir uma escola no vilarejo onde morou quando jovem), mesmo tendo se mudado para outra cidade e tendo que ajudar sua família nesse período. Nessa história, a heroína mantém um objetivo relacionado a exercer proteção (abrir uma escola), o que pode ser entendido como uma necessidade relacionada a este domínio. Além disso, pode-se observar que o meio

(marido com “grandes portes”) facilita o exercício da responsabilidade, além de ser parcialmente determinante para o desfecho da história (nesse caso, Sucesso Total Voluntário).

3.2.4. Dimensão 4: Psicológica

3.2.4.1. Domínio 4.1: Habilidades Cognitivas

Como já referido anteriormente, os participantes apresentaram melhoras em características desse domínio como a consciência sobre os próprios comportamentos e o comportamento dos outros (vide seções 3.2.1.2 e anterior) e receptividade a relacionamentos interpessoais (vide seção 3.2.1.1).

Com relação aos outros componentes dessa dimensão, os indicadores dos instrumentos de AP oferecem indícios de maior integração dos recursos da personalidade, permitindo o uso de mecanismos de defesa mais maduros e melhor contato com as realidades interna e externa ao final do tratamento.

Na Tabela 45, que apresenta os escores nas escalas K (Defensividade) e Si (Introversão-Extroversão), pode-se observar que a maioria dos escores está dentro da média e que menos participantes apresentaram escores fora da média em relação ao início do tratamento. Esse resultado também é observado nos registros do diário de campo, em que a maior parte dos participantes se mostrou mais receptiva aos relacionamentos interpessoais.

Tabela 45. Escores nas escalas do MMPI-IRF relacionadas ao Domínio 4.1 (Habilidades Cognitivas) durante as fases Pré-CT e Pós-CT.

Escalas / Tipo de variação	Rebaixamento ($\leq T30$)		Escore dentro da média		Tendência a Elevação (entre T60 e T70)	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
K	4 ocorrências	2 ocorrências	2 ocorrências	4 ocorrências	1 ocorrência	1 ocorrência
Si	-	-	4 ocorrências	6 ocorrências	3 ocorrências	1 ocorrência

As Tabelas 46 a 48 apresentam os indicadores do TAT relacionados a este domínio. Na Tabela 46, pode-se observar que a qualidade formal das histórias apresentou melhores indicadores na fase Pós-CT do que no início do tratamento.

Tabela 46. Indicadores relacionados à qualidade formal das histórias do TAT produzidas durante as fases Pré-CT e Pós-CT.

Tipo de Indicador	Número de Ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Tempo de Latência alto	19	12
Descrição do cartão / história pouco elaborada	12	7
Histórias curtas	20	26
Histórias Longas	33	18
Necessita intervenção do examinador para completar história	<ul style="list-style-type: none"> Poucas intervenções (≤ 3): 21 Muitas intervenções (≥ 3): 28 	<ul style="list-style-type: none"> Poucas intervenções (≤ 3): 23 Muitas intervenções (≥ 3): 13
Comentários críticos sobre os cartões ou o próprio desempenho	29	11
Lapsos durante a produção de história	7	5
Invasão afetiva durante produção da história	15	4
Projeção direta durante a produção de história	5	6
Variação em relação aos temas suscitados pelos cartões	<ul style="list-style-type: none"> Tema da história coerente com tema suscitado pelo cartão: 50 Variação do tema da história em relação ao tema suscitado: 20 	<ul style="list-style-type: none"> Tema da história coerente com tema suscitado pelo cartão: 42 Variação do tema da história em relação ao tema suscitado: 28
Omissão de detalhes dos cartões	<ul style="list-style-type: none"> Cartão 3 (revólver): 7 Cartão 2 (mulher grávida): 6 Cartão 4 (quadro de mulher ao fundo da figura): 6 Cartão 8RH (rifle): 6 Cartão 3 (sexo do personagem): 4 Cartão 6 (mulher): 1 Cartão 1 (violino): 1 	<ul style="list-style-type: none"> Cartão 3 (revólver): 7 Cartão 2 (mulher grávida): 5 Cartão 4 (quadro de mulher ao fundo da figura): 7 Cartão 8RH (rifle): 5 Cartão 3 (sexo do personagem): 5 Cartão 6 (mulher): 1 Cartão 1 (violino): 1

As maiores mudanças com relação à qualidade formal das histórias na fase Pós-CT foram a menor necessidade de intervenções por parte do pesquisador para que os participantes criassem mais detalhes das histórias (redução de mais de 50% em relação à fase Pré-CT) e a redução de comentários críticos sobre os cartões ou o próprio desempenho e de invasão afetiva durante a produção das histórias. Estes sinais sugerem que os participantes como um todo apresentaram melhor coordenação de seus recursos cognitivos e afetivos, favorecendo um melhor desempenho durante o teste.

Essa hipótese também parece explicar o aumento de índices como a ocorrência de projeção direta durante a história (vide exemplo abaixo) e o número de histórias curtas. Tendo em vista que os participantes pareceram se envolver de forma mais coordenada com a tarefa, os mesmos produziram histórias com detalhes, mesmo quando estas foram feitas em menos de

4 minutos. Nesse sentido, a Tabela 46 também mostra que houve redução do número do número de histórias pouco elaboradas em relação à fase Pré-CT.

A projeção direta (na qual os aplicandos contam histórias na primeira pessoa, reduzindo a distância eu-estímulo), como observado por Jacquemin e Barbieri (2003), nem sempre é patológica, podendo estar relacionada à própria situação projetiva que os testes de Autoexpressão favorecem. Na fase pós-CT, cinco das seis ocorrências aconteceram durante a produção da história para o cartão 16 (Cartão em branco), versando sobre a recuperação após o tratamento:

(Émerson, Cartão 16, TL 32”, TT 4’40”) (aplicador dá instrução, pedindo que o participante crie uma cena.) Uma cena, não uma história [Isso.] Ô, cara, imagino onze de setembro, o dia que eu voltar pra minha casa, pra minha família, os meus filhos, uma nova pessoa, um novo homem, um novo marido, um novo pai, ser alguém, cara, alguém na vida, ser respeitado, pelo filho, ser respeitado pela esposa, voltar a ter respeito depois que a gente perde. [Agora conte uma história.] Uma história... de trás até chegar nessa cena, ou em cima dessa cena? [Como quiser.] Ô, cara, vou te contar uma história desse cara, que se entregou às drogas, tudo de ruim, tudo de ruim, uma pessoa podia conhecer. Chegou ao fundo do poço, não tinha condições mais de viver. Aí, dia vinte e seis de dezembro resolveu pedir ajuda, passou por muito tormento, muita luta, muita aceitação, deixou que a vida tomasse outros rumos, passa a ter esperança num futuro melhor, numa qualidade de vida melhor, e esse dia tá [sic] chegando, tá perto, tá faltando alguns dias pra essa cena chegar perto, tá muito próximo. (Título: Não importa quantas vezes você cai o que importa é quantas vezes você levanta)

Na história acima, pode-se observar que a projeção direta é usada num contexto de elaboração afetiva, com o estímulo favorecendo que o participante reviva sua história de vida e de tratamento, cujo término foi considerado por ele uma vitória pessoal.

Com relação às omissões de detalhes dos cartões, pode-se observar na Tabela 46 que há poucas variações entre o início do tratamento e a fase Pós-CT. Todos os participantes deixaram de aludir ao revólver no cartão 3RH e ao quadro com mulher ao fundo do cartão 4, enquanto apenas Benedito havia aludido a esse último detalhe na fase Pré-CT. Na história para esse cartão na fase Pós-CT, esse mesmo participante refere-se ao detalhe em questão, sem contudo, integrá-lo à história.

A omissão de detalhes não impediu, contudo, que os participantes incluíssem nas histórias elementos aparentemente suscitados pelos mesmos. Essa hipótese encontra suporte na análise das histórias aos cartões 3RH e 18RH, onde um detalhe similar (revólver e rifle, respectivamente) foi omitido na maior parte das histórias. Com relação ao cartão 3RH, cinco participantes criaram histórias com conteúdo disfórico, tais como situações de perda, tristeza e ansiedade. No cartão 8RH, o mesmo número de participantes incluiu detalhes agressivos

como assassinatos e ferimentos. A partir desses dados, pode-se afirmar que, apesar de não se referir diretamente aos detalhes desses cartões, a maioria dos participantes pareceu estimulado pelos mesmos, sugerindo a ocorrência do fenômeno de apercepção.

Na Tabela 47, pode-se observar a categorização da conduta dos heróis e a pressão do meio sobre os mesmos. Os dados sugerem que, durante a fase Pós-CT, os participantes tenham criados histórias com heróis menos impulsivos e com condutas mais coordenadas.

Tabela 47. Indicadores relacionados à conduta dos heróis (tipo e estilo) e à pressão do meio sobre estes, nas histórias do TAT produzidas nas fases Pré-CT e Pós-CT.

Nível Evolutivo da Conduta	Número de Ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Aprendizagem Social	62	76
Instintiva	55	41

Tipo de Conduta	Número de Ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Consumatória	63	77
Afetiva	48	39
Preparatória	41	50
Suspensiva	18	11
Fictícia	4	8

Estilo de Conduta	Número de Ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Passivo	25	10
Tenaz	18	27
Controlado	14	31
Impulsivo	13	13
Indeciso	11	2
Fraco	11	8
Iniciativa	7	3
Lábil	8	6
Rígido	4	4
Plástico	3	11

Características do meio	Número de Ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Contra o herói	47	25
A favor do herói	42	44
Inexistente	5	8

Apesar de, coincidentemente, os heróis terem apresentado o mesmo número de condutas nas duas fases do estudo, há mais condutas de Aprendizagem Social na fase Pós-CT,

o que para Jacquemin e Barbieri (2003), apesar de sugerir controle sobre as vivências afetivas, pode indicar rigidez na regulação destas.

Com relação aos tipos de conduta, houve um aumento de condutas consumatórias na fase Pós-CT, além de redução do número de condutas afetivas e suspensivas. É interessante notar que houve aumento das condutas fictícias; um exemplo desse tipo de conduta pode ser visto na história de Émerson no cartão 16, transcrita acima. O estilo da conduta também variou do início do tratamento para a fase Pós-CT, com o aumento de condutas tenazes, controladas e plásticas e redução do número de condutas passivas, indecisas e fracas, além da redução do número de condutas de iniciativa, um resultado inesperado frente ao conjunto de dados obtidos, que sugerem melhora em todas as dimensões do processo de mudança.

A categorização da influência do meio sobre o herói vai nessa direção. Como pode ser observado na Tabela 47, houve uma redução do número de características do meio que atuam contra o herói nas histórias da fase Pós-CT.

A Tabela 48 apresenta os cartões escolhidos pelos participantes nas duas fases do estudo. É interessante notar uma maior homogeneidade dos cartões favoritos ao final do tratamento, com o cartão 16 tendo sido o mais escolhido. Como exposto acima, esse cartão pareceu favorecer a projeção da história pessoal dos participantes, bem como sua elaboração afetiva, o que pode explicar esse resultado:

[Porque esse cartão (16) foi o que você mais gostou?] “Pude expressar o que eu realmente tô [sic] sentindo da minha vida hoje.” (Adalberto)

“Porque eu vi uma folha em branco, resolvi fazer a história da minha vida, meu futuro, o futuro que eu imagino pra minha vida.” (Francisco)

Tabela 48. Relação dos cartões escolhidos como favoritos e preteridos pelos participantes nas fases Pré-CT e Pós-CT.

Tipo de Escolha	Cartão e número de ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Cartões escolhidos como Favoritos	Cartão 16: 3 Cartão 7RH: 2 Cartão 8RH: 1 Cartão 6RH: 1	Cartão 16: 5 Cartão 7RH: 2
Cartões escolhidos como Preteridos	Cartão 3RH: 4 Cartão 6RH: 1 Cartão 8RH: 1 Cartão 16: 1	Cartão 3RH: 3 Cartão 7RH: 1 Cartão 8RH: 1 Cartão 18RH: 1 Cartão 9RH: 1

Com relação ao uso de mecanismos de defesa, pode-se afirmar, a partir da observação dos participantes durante as entrevistas, que estes fizeram uso de defesas mais maduras ao final do tratamento. As principais defesas observadas foram as seguintes, nessa ordem: idealização, repressão, racionalização, reparação (com momentos em que esta é maníaca), projeção especular, anulação, restrição, formação reativa, dissociação e identificação projetiva. Assim como na fase Pré-CT, não se fez uma contagem do número de ocorrências desses mecanismos, preferindo-se uma abordagem clínico-qualitativa usando como base o diário de campo e as transcrições do material das entrevistas de AP.

Em relação ao início do tratamento, pode-se observar o uso de mecanismos predominantemente de modalidade neurótica, à exceção dos participantes Benedito e Caio, que fizeram uso mais frequente de mecanismos de idealização e dissociação. Abaixo, pode-se ver um exemplo de história do TAT onde outro participante (Geraldo) faz uso do mecanismo de reparação de forma bastante integrada:

(Geraldo – Cartão 4, TL 19”, TT 5’53”) “Era um vez, um casal, Samanta e Mário. Não eram muito feliz [sic] no seu relacionamento pois, a maior vontade deles era de ter um filho. Mas os médicos haviam anunciado que Mário, ele não podia ter filhos, pois era estéril. (pigarreia) E isso o revoltava várias vezes. Samanta, por mais que o consolava, eles não conseguiam se entender, tinham pequenas brigas, constantes. Mas, seu poder, sua, de religião, que tinha, era muito grande, principalmente de Samanta, sempre rezava e pedia ajuda a Deus. Possuía muita fê, Samanta. Tentava, tentava, mas sempre as tentativas eram inúteis. (pigarreia) (...) Até que um dia, Mário, ao ver umas crianças brincando, teve a ideia de, sugerir a Samanta que adotassem uma criança, que ela achava disso; ela ficou surpresa com a reação do marido, e ao mesmo tempo, feliz. Buscaram saber, se informar, como funcionava, para conseguir tal adoção, conseguiram, depois de muito custo, um filho homem, se chamava Pedro. Samanta foi muito grata por Deus, agradecendo o resto da vida, e pudera viver feliz para sempre. Só. (Título: Em busca da felicidade)

Na história acima, pode-se observar a projeção do participante de um elemento de sua história pessoal (o participante referiu ter sido adotado). A partir da história, é possível afirmar que, além do uso da reparação, o herói faz uso da sublimação de sua limitação (esterilidade), sugerindo um alto nível de elaboração afetiva. O uso desse tipo de recurso é abordado na próxima subseção.

3.2.4.2. *Domínio 4.2: Habilidades Emocionais*

Durante as entrevistas da fase Pós-CT, os internos se mostraram como um todo mais participativos e à vontade com o pesquisador do que no início do tratamento. Considerando os dois subgrupos descritos anteriormente, houve diferenças com relação à vivência de estados afetivos durante as entrevistas e ao tipo de equilíbrio afetivo estabelecido.

Os participantes do primeiro subgrupo tenderam a mostrar-se de forma mais retraída (em especial, Adalberto e Diego), ainda que colaborando nas atividades propostas durante as entrevistas de AP. Desse subgrupo, Benedito e Caio apresentaram vivências afetivas de modalidade psicótica durante a fase Pós-CT, fazendo uso predominante de defesas baseadas na idealização e dissociação.

O segundo subgrupo se colocou de forma mais espontânea durante as entrevistas, o que pareceu facilitar a expressão de diversos estados afetivos (vide a descrição sobre os mecanismos de defesa utilizados pelos participantes na seção anterior). Dessa forma, o segundo subgrupo pareceu mais integrado em termos afetivos que o primeiro.

A Tabela 49 apresenta as sínteses individuais do funcionamento afetivo dos participantes a partir do MMPI-IRF, as quais dão suporte às hipóteses relativas aos dois subgrupos.

Tabela 49. Síntese do funcionamento afetivo a partir dos protocolos do MMPI-IRF nos participantes do estudo nas fases Pré-CT e Pós-CT.

Participante	Fase	Funcionamento afetivo a partir dos dados do MMPI-IRF (Síntese)
Adalberto	Pré-CT	Alto grau de sofrimento psíquico, podendo favorecer a ocorrência de vivências de desrealização frente à insuficiência de recursos para lidar com a impulsividade.
	Pós-CT	Baixa defensividade, podendo mostrar-se mais sensível às vivências afetivas, ou mesmo melancólico. Tendências ao uso de mecanismos obsessivos para lidar com a carga impulsiva, podendo em alguns momentos fazer uso de mecanismos mais primitivos na linha da projeção e <i>acting-out</i> .
Benedito	Pré-CT	Apesar de apresentar escores dentro da média para o uso de mecanismos de ordem neurótica, houve escores elevados sugerindo funcionamento psicótico descompensado em virtude de invasão de angústia, favorecendo o uso de mecanismos de defesa de caráter psicopático.
	Pós-CT	Redução das vivências descompensadas, ainda que parecendo fazer uso de mecanismos psicopáticos, encobrendo as vivências afetivas mais genuínas.
Caio	Pré-CT	Pareceu vivenciar afetos disfóricos e de ordem psicótica, com a percepção de sofrimento psíquico por vezes pouco elaborado pelos recursos da personalidade, podendo levar ao uso de mecanismos baseados na atuação (<i>acting-in/acting-out</i>)
	Pós-CT	Pouca mudança no padrão de elevação dos escores em relação à fase Pré-CT, com indicadores de funcionamento psicótico compensado ao custo de defesas maníacas e mecanismos de idealização e dissociação, com elevado grau de expedientes paranoides.
Diego	Pré-CT	Apresentou vivências disfóricas intensas, levando ao uso de mecanismos de defesa baseados na restrição.
	Pós-CT	Tendência ao retraimento afetivo, com menor grau de sofrimento emocional, contudo. As tendências introversivas, apesar de não se apresentarem num nível intenso, parecem impedir o aproveitamento dos recursos mais maduros da personalidade.
Émerson	Pré-CT	Relativa regulação/equilíbrio dos recursos psíquicos, sugerindo, contudo, cautela na interpretação dos escores, em virtude da suspeita do uso de mecanismos de ordem psicopática, levando ao encobrimento das vivências emocionais.
	Pós-CT	Protocolo semelhante ao da fase Pré-CT, apesar de aparentemente se colocar com espontaneidade e vigor nos relacionamentos interpessoais ao final do tratamento.
Francisco	Pré-CT	Relativa regulação/equilíbrio dos recursos psíquicos, apresentando, contudo, sinais de elevada ansiedade, podendo levar ao uso de mecanismos de defesa menos desenvolvidos de caráter psicopático ou mesmo psicótico.
	Pós-CT	Apresenta tendência ao uso de defesas maníacas, num protocolo com escores normais nas outras escalas, sugerindo equilíbrio dos recursos psíquicos.
Geraldo	Pré-CT	Equilíbrio dos recursos psíquicos, apresentando, contudo, tendência a alta defensividade, podendo levar ao uso de mecanismos baseados no <i>acting-out</i> , aparentemente em situações de frustração, que são mediadas por expedientes superegoicos.
	Pós-CT	Protocolo bastante equilibrado, tendendo, contudo, a apresentar vivências hipomaniacas.

A partir da Tabela 49, pode-se afirmar que apesar de todos os participantes terem apresentado melhora no funcionamento afetivo ao final do tratamento, o grau de melhora é mais modesto no primeiro subgrupo em relação ao segundo.

A Tabela 50 apresenta as vivências emocionais dos heróis durante as histórias do TAT, categorizadas de acordo com sua tonalidade afetiva. Os dados mostram que, na fase Pós-CT,

os heróis tiveram mais vivências compensadas ou equilibradas e disfóricas e menos vivências impulsivas, ansiógenas e confusionais.

Tabela 50. Categorização das vivências emocionais dos heróis das histórias do TAT nas fases Pré-CT e Pós-CT, de acordo com sua tonalidade afetiva.

Tipo de Vivência	Número de Ocorrências	
	Fase Pré-CT	Fase Pós-CT
Compensada/Equilibrada	51	70
Impulsiva	44	33
Ansiógena	19	5
Disfórica	13	23
Confusional	11	4

Os dados da Tabela 50 sugerem que na fase Pós-CT, os participantes criaram histórias com heróis mais maduros e com menor sofrimento emocional que no início do tratamento.

3.2.4.3. Domínio 4.3: Bem-estar Psicológico

Como já referido, todos os participantes relataram vivências de gratidão à CT e bem-estar ao término do tratamento, variando, contudo, quanto ao nível de integração dessas vivências.

As principais vivências referidas pelo primeiro subgrupo foram ansiedade pelo fim do tratamento, levando ao isolamento como forma de se preparar para a saída (Adalberto e, em menor grau, Diego), ênfase na espiritualidade para a recuperação (Benedito), desconfiança e dificuldades de convivência com os internos (Caio) e queixa de sono agitado, ainda que em menor grau que no início do tratamento (Diego). Esse último participante foi o que apresentou melhores indicadores nesse subgrupo com relação ao bem-estar psicológico, referindo vivências de maior contato com as próprias emoções, ainda pouco compreendidas pelo mesmo:

“Antes eu falava e esmurrava (referindo-se ao seu sono). Hoje eu, quando sai os cara (sic, referindo-se às saídas de internos para visitas familiares), eu sonho que os cara oferece bebida, e eu falava que não quero, não posso. Outro dia sonhei que tinha bebido, que me ofereceram um monte de cerveja, eu tomei uma e falei que não, parei; mas esmurrar eu parei. Aí eu falei com os monitores, eles falaram que isso faz parte, que o, o, inconsciente, que fala? Que o inconsciente não aceitou, e que o inconsciente manda mais que o consciente. Mas os monitores falaram que isso é bom, que é um sinal que eu tô lutando.” (Diego)

O segundo subgrupo apresentou sinais de bem-estar psicológico mais amadurecidos, no sentido de vivências de gratidão ao tratamento, acompanhados da percepção de problemas pessoais a serem tratados (vide, por exemplo, o relato de Francisco na subseção 3.2.3.1). O relato de Geraldo, transcrito abaixo, parece ilustrar a visão dos membros desse subgrupo sobre si mesmos no momento atual:

“(...) Eu tô [sic] bem, tô feliz pela minha perseverança (...) Eu achava que no grupo (de autoajuda que frequentou antes da CT) deveria falar quando tinha vontade de usar drogas; hoje eu vejo que é falar, mas mais do que isso, ouvir, porque a gente tem dois ouvidos, e uma boca para ouvir mais, porque o remédio entra pelo ouvido, se presta, guarda, senão joga. Mas o dependente também tem que falar, pra evitar azedar e estourar e recair.” (Geraldo)

Em relação ao início do tratamento, dois participantes ainda apresentavam critérios para diagnóstico de comorbidade, no caso, Benedito, com diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial (com sintomatologia psicótica em remissão) e Caio, com diagnóstico de transtorno de personalidade paranoide. O participante Émerson, que no início do tratamento apresentava critérios para transtorno de personalidade antissocial, não mostrou sinais nessa direção na fase Pós-CT, sugerindo remissão sintomática e maior amadurecimento emocional, favorecendo o enfrentamento da impulsividade (vide relato na subseção 3.2.3.1).

Dessa forma, os subgrupos diferiram no grau de integração dos sinais de bem-estar psicológico, com o primeiro deles apresentando um estado compensado, mas ainda imaturo, enquanto o segundo subgrupo pareceu se mostrar mais integrado, em termos da visão menos idealizada de si.

4. DISCUSSÃO

O grupo como um todo apresentou indicadores positivos em todas as dimensões na fase Pós-CT comparado à fase Pré-CT (conforme exposto anteriormente), o que permite afirmar que o tratamento promove melhoras em termos do desenvolvimento de recursos adaptativos mais maduros e socializados e da redução de vivências de sofrimento psíquico. Contudo, uma análise de cada caso mostra que a extensão dessa melhora foi diferente para cada participante, sugerindo que a CT promova melhoras que variam de acordo com o grau de prejuízo e o nível de funcionamento da personalidade. Dessa forma, os dados apresentados dão suporte à hipótese de que um mesmo tipo de tratamento promove diferentes resultados de acordo com as características de personalidade das pessoas atendidas.

Os dados obtidos durante as entrevistas das fases Pré-CT e Pós-CT permitem discriminar dois subgrupos de participantes, considerando o nível de funcionamento da personalidade e a extensão das melhoras obtidas ao final do tratamento. O primeiro subgrupo (participantes Adalberto, Benedito, Caio e, em menor grau, Diego) apresentou indicadores de maior prejuízo no funcionamento da personalidade em relação ao segundo subgrupo (participantes Êmerson, Francisco e Geraldo), que por sua vez mostrou indícios de um funcionamento da personalidade mais amadurecido, com relação ao tipo de contato com as realidades interna e externa, mecanismos de defesa mais utilizados e tipo de estruturação (segundo a definição de BERGERET, 1998).

As diferenças entre os subgrupos foram observadas, ao final do tratamento, ao longo das dimensões descritas por De Leon (2003). Na próxima seção, as hipóteses levantadas na seção 3 (Resultados) são discutidas em maiores detalhes.

4.1. Diferenças entre as fases Pré-CT e Pós-CT ao longo das dimensões do processo de mudança

4.1.1. Dimensão 1: Membro da Comunidade

Como já descrito anteriormente, para De Leon (2003), a mudança proporcionada pelo tratamento em CTs ocorre ao longo de quatro dimensões, que por sua vez estão divididas em domínios específicos.

Na dimensão de Membro da Comunidade, os participantes apresentaram, inicialmente, uma vinculação (ou Agregação) maior à CT enquanto instituição e não ao grupo de iguais, referindo-se a este com ambivalência ou mesmo preferindo o isolamento. Na fase Pós-CT, o grupo foi pouco referido pelos participantes como uma parte do tratamento. A convivência com o grupo de internos tendeu a ser descrita como conflituosa e difícil, mesmo por Geraldo, que inicialmente se referiu ao mesmo como uma “família⁶”.

No final do tratamento, o foco se volta para a reinserção social (COMCIÊNCIA, 2002; DE LEON, 2003), sendo um período em que uma menor coesão grupal é esperada nos internos que estão prestes a se desligar da CT. Esse fenômeno foi observado nos dados obtidos no presente estudo, indo na mesma direção de pesquisas em CTs norte-americanas (DERMATIS et al., 2001). Contudo, deve-se ressaltar que, como a presente investigação não incluiu uma etapa de coleta de dados durante o tratamento, as impressões dos participantes sobre o relacionamento com o grupo de internos podem ter sido enviesadas pela percepção sobre o grupo naquele momento.

Os indicadores do MMPI-IRF e do TAT referentes às habilidades interpessoais sugerem que os participantes, ao final do tratamento, apresentam maior disponibilidade aos relacionamentos em grupo, o qual foi percebido de forma menos idealizada e mais madura. Nesse sentido, os mesmos podem fazer apreciações mais realísticas sobre as dificuldades de relacionamento com o grupo de internos, entendendo estas, contudo, como uma parte do tratamento, num processo semelhante ao descrito por Alves, F. (2006), que observou que os internos por ela entrevistados consideravam os relacionamentos dentro da CT difíceis, mas importantes para o aprendizado de habilidades interpessoais.

Isso não parece impedir que essa mesma percepção esteja isenta de distorções, que podem até mesmo impedir a vinculação ao grupo de iguais; nesse sentido, vide o participante Caio, cujas dificuldades estavam relacionadas ao excesso de expedientes paranoides, que pareceram impedir o estabelecimento de confiança nos outros internos, conforme as expectativas da CT.

Os comportamentos e atitudes esperados no ambiente da CT (ou portar-se como um Modelo de Atuação) mais observados foram os sentimentos de realização e de ter passado por mudanças na forma de se relacionar com as drogas e consigo mesmo, ao final do tratamento. Apesar de todos os participantes terem referido vivências nessa direção, os mesmos apresentaram diferentes sustentáculos para tanto. Enquanto o primeiro subgrupo pareceu se

⁶ Deve-se ressaltar que a referência ao grupo de internos como “família” é parte do jargão das CTs.

apoiar na espiritualidade (Benedito e Caio) e nas tentativas de isolamento e contenção das vivências afetivas (Adalberto e, em menor grau, Diego), o segundo subgrupo pareceu buscar uma maior compreensão de si mesmos (Francisco e Émerson) ou de seus problemas (Geraldo). Dessa forma, o primeiro subgrupo apresenta maior dependência de recursos externos a si mesmos do que o segundo para manter-se integrado. Isso não implica afirmar que os participantes do segundo subgrupo não apresentem a mesma necessidade, mas em observar que estes se mostraram mais autônomos para continuar seu desenvolvimento emocional.

Em termos winnicottianos, pode-se afirmar que os participantes do primeiro subgrupo ainda necessitam de um objeto continente a fim de elaborar a dependência relativa. Já o segundo subgrupo parece vivenciar a necessidade desse objeto de forma mais relativizada, podendo desenvolver recursos “rumo à independência” (WINNICOTT, 2000; BARBIERI, 2002). Essa dinâmica pode explicar os resultados nessa dimensão, em termos de uma vinculação inicial à CT permeada pela ambivalência associada a um objeto que, ao longo do tratamento, permitiu redirecionar a necessidade de dependência de forma mais socializada e integrada ao *self*.

4.1.2. Dimensão 2: Socialização

A partir do conceito também winnicotiano de tendência antissocial, é possível entender as melhoras apresentadas pelos participantes no domínio 2.1 (Desvio Social). Segundo Winnicott (2000), essa tendência está relacionada ao acúmulo de vivências de privação, que ocorreriam quando a criança “é destituída de algum aspecto essencial de sua vida em família⁷” (p. 409). De acordo com o grau de sofrimento decorrente dessas vivências, a criança desenvolveria expedientes psíquicos caracterizados “por um *elemento que compele o ambiente a tornar-se importante*” (grifo do autor, p. 409), onde “o paciente, devido a impulsos inconscientes, obriga alguém a encarregar-se de cuidar dele” (idem). Essa tendência explicaria os atos antissociais na criança, entendidos como a busca por uma satisfação de tal privação, a qual, tornando-se crônica (não-satisfeita), implicaria no funcionamento

⁷ Numa direção semelhante, Olievenstein (1990, apud KESSLER et al., 2003) afirma que o uso de substâncias psicoativas pode ser entendido como uma forma de lidar com uma experiência de falta, ligada à não-satisfação das experiências emocionais com a figura materna.

observado nos transtornos de conduta e, na idade adulta, nos transtornos de personalidade antissocial.

Nesse sentido, os comportamentos antissociais relatados pelos participantes podem ser entendidos como a busca por um objeto continente, a fim de “suportar o embate do comportamento impulsivo” (WINNICOTT, 2000, p. 411), vivida com fracasso até a busca por tratamento. Essa hipótese permite compreender os resultados observados no domínio 2.1, no qual o acirramento da tendência antissocial na fase Pré-CT se mostrou mais ameno ao final do tratamento, sugerindo a introjeção de elementos que, em diferentes extensões, promoveram a satisfação das deprivações aparentemente vivenciadas pelos participantes.

Dessa forma, pode-se afirmar que para Adalberto, Benedito e Caio, a introjeção desse objeto se mostrou incompleta e permeada pela insegurança e dependência do meio (Adalberto e Diego) ou pela distorção desse objeto via dissociação (Benedito e Caio). Para os dois primeiros participantes, a introjeção desse objeto parece melhor desenvolvida que para os outros membros de seu subgrupo, permitindo expressar as tentativas de reparação da figura materna (Adalberto) e a solidão (Diego) usando mecanismos de defesa mais desenvolvidos (de modalidade neurótica). Já os participantes do segundo subgrupo pareceram, ao introjetar um objeto continente ao final do tratamento, reparar o próprio objeto interno (WINNICOTT, 2000), permitindo retomar o desenvolvimento emocional com maior autonomia que o primeiro subgrupo.

Com relação ao domínio Habilitação, os dados mostram que as representações sobre o trabalho se mostraram mais amadurecidas ao final do tratamento em relação à fase Pré-CT, onde se observou o predomínio de mecanismos de idealização associados a tais representações. Dessa forma, pode-se afirmar que o trabalho passou de uma categoria *idealizada* para uma *valorizada*.

É interessante destacar que a CT passou a incluir o trabalho como parte de um tripé de recuperação (vide nota de rodapé na seção 3.2.1.2) durante o período em que os dados foram coletados, apesar do tratamento não contemplar atividades de formação profissionalizante nesse período. O trabalho, entendido como dimensão de desenvolvimento pessoal (vide o domínio Valores de Bem Viver), pareceu também ser incentivado como fator de proteção contra a recaída.

No presente estudo, foi dada ênfase aos dados da relação transferencial a fim de conhecer os estilos de relacionamento dos participantes, os quais também podem se fazer presentes em situações de trabalho. Nesse sentido, é possível afirmar que os participantes que apresentaram melhor nível de interação com o pesquisador tendam a estabelecer

relacionamentos semelhantes em outros contextos mais formais, incluindo os de trabalho. Deve-se ressaltar que, como parte do tratamento em CTs, esses estilos são observados durante a execução das atividades de cuidados gerais e de limpeza da instituição (laborterapia) e de participação nas outras atividades da rotina da instituição, sendo usados pela equipe e internos como material para reflexão.

Com relação aos Valores de Bem Viver, os dados mostram o desenvolvimento de maior autoconfiança ao final do tratamento, para todos os participantes. Considerando que os mesmos se colocaram mais à vontade na fase Pós-CT, pode-se afirmar que eles também tenham desenvolvido maior honestidade (conforme concebida por DE LEON, 2003), com relação à expressão de pensamentos e emoções. Assim como nos outros domínios, esse processo pareceu mais desenvolvido no segundo subgrupo em relação ao primeiro. Ainda, pode-se afirmar que os participantes Diego, Émerson e Francisco desenvolveram maior responsabilidade com a CT, além de terem referido representações relativas à valorização do trabalho como dimensão pessoal, enquanto os outros participantes apenas apresentaram indicadores indiretamente relacionados a esse último valor.

Apesar dos resultados mostrarem um quadro positivo e encorajador em termos desses valores, deve-se considerar a estabilidade dos mesmos com cautela, visto que a apropriação por completo de tais valores depende de fatores externos como a convivência com contextos interpessoais que favoreçam e encorajem os mesmos, ou a continuidade do envolvimento dos participantes com atividades terapêuticas após a saída da CT. Ainda, sugere-se cautela na consideração desses resultados com base na literatura sobre abuso e dependência de substâncias psicoativas, que demonstra que a manutenção de resultados pós-tratamento é instável, independente da modalidade de intervenção.

Nessa direção, o principal fator de risco observado nos dados obtidos no presente estudo foi a presença do uso de defesas maníacas e onipotentes ao final do tratamento, que, caso agravadas, podem levar os participantes a apreciações irrealísticas de suas próprias necessidades e limitações, colocando-os em risco de recaída. O temor dos participantes a esta se mostra, contudo, um fator de moderação para esse risco, considerando que os mesmos se referiram ao desenvolvimento de habilidades de prevenção como uma das principais conquistas obtidas com o tratamento.

Em síntese, os dados obtidos permitem afirmar que o tratamento possibilitou o “descongelamento” do desenvolvimento (WINNICOTT, 2000), tanto em termos winnicottianos como da definição desse domínio por De Leon (2003), o que será tratado na seção seguinte.

4.1.3. Dimensão 3: Desenvolvimento

Conforme apresentado na seção anterior (Resultados), os participantes apresentaram melhor controle dos impulsos (um dos componentes do domínio Maturidade) na fase Pós-CT em relação ao início do tratamento, com os participantes Diego, Émerson, Francisco e Geraldo também tendo apresentado indicadores de melhor contato com suas necessidades, favorecendo um controle dos impulsos mais eficaz.

Os dados do MMPI-IRF são bastante ilustrativos nesse sentido, com a observação de que, ao final do tratamento, apenas dois participantes (Adalberto e Caio) apresentaram escores fora da média com significação patológica, com o primeiro tendo mantido um escore rebaixado na escala K e o segundo apresentando, além desse mesmo rebaixamento, elevações nas escalas Pa e Sc.

Já os relacionamentos com figuras de autoridade foram mais amenos ao final do tratamento, considerando os indicadores do TAT. Para Olivenstein (1990, apud KESSLER et al., 2003), o uso de substâncias psicoativas surge no seio de um desafio à Lei e aos limites inculcados 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 opor à autoridade. O exemplo mais ilustrativo dessa dinâmica é a história de Francisco para o cartão 6RH, em que o herói, após passar por uma criação muito rígida (ainda que protetora), decide mudar de país⁸. Apesar do sinal de maior socialização do conflito (com o herói recorrendo ao diálogo, ainda que de forma catártica), o protagonista estabelece uma separação completa de sua família de origem.

Dessa forma, deve-se considerar a extensão das melhoras no domínio 2.1 (Maturidade) com cautela, ao menos no que concerne aos relacionamentos com figuras de autoridade. Contudo, usando a metáfora da subseção anterior de “descongelamento” do desenvolvimento emocional (WINNICOTT, 2000), é possível afirmar que os participantes do segundo subgrupo apresentam melhores condições que os do primeiro para estabelecerem novos modelos de relação com tais figuras, com menor necessidade de oposição e maior uso de expedientes de reparação e sublimação.

⁸ É interessante notar, nesse sentido, a semelhança entre “país” e “pais”.

No domínio Responsabilidade, o foco da análise se voltou para características da personalidade que mediam o exercício da mesma, no caso, o tipo de *locus* de controle predominante e a qualidade das vivências de culpa. Os dados mostraram que o primeiro subgrupo apresentou uma melhora modesta, ainda que por diferentes indicadores para os participantes deste. Enquanto Benedito e Caio apresentaram funcionamento psicótico (cujas falhas na discriminação eu-objeto dificultam a assunção de um *locus* de controle interno), Adalberto e Diego mostraram indicadores de dependência do meio como suporte para o desenvolvimento da autonomia. É interessante notar que o primeiro subgrupo pareceu, em alguns momentos, representar questões de responsabilidade como uma punição:

[Quando você iniciou seu tratamento, o que você achava que tinha causado sua situação?] “Minha recaída? Então, naquela época foi a perca [sic] do meu filho, eu não tinha estrutura pra aguentar isso. [Como você vê essa questão atualmente?] Eu vejo que quem fez isso aí fui eu, e ninguém merece mais do que eu tá [sic] aqui passando o que eu tô [sic] passando, mas tô na minha meta de cumprir nove meses, e recuperar tudo o que eu perdi.” (Benedito)

Apesar de modesta, deve-se contudo ressaltar a melhora em relação à fase pré-CT, em que os participantes apresentavam ambivalência quanto a envolver-se no tratamento e mesmo sobre o uso de substâncias psicoativas e os prejuízos associados, além de maior funcionamento antissocial. Estes resultados favorecem o exercício da Responsabilidade, ao permitir o desenvolvimento de um *locus* de controle predominantemente interno. Entretanto, o uso predominante de mecanismos na linha da idealização, apresentada por todos os participantes na fase Pós-CT, sugere que a ênfase no exercício da Responsabilidade se constitua num aspecto decorrente desses mecanismos.

Nesse sentido, pode-se pensar que os participantes projetaram no TAT não apenas como se vêm, mas como gostariam de ser, repetindo na situação de AP as vivências de introjeção de um novo modelo de atuação, ainda pouco integrado à personalidade. Dessa forma, os indicadores nesse teste se constituem num quadro sobre as possibilidades de exercício da Responsabilidade, e não necessariamente do exercício concreto da mesma.

Os resultados referentes às vivências de culpa nas histórias do TAT podem oferecer, nessa linha de raciocínio, um prognóstico acerca da possibilidade do exercício da Responsabilidade. Em histórias como a de Diego para o cartão 7RH (vide subseção 3.2.3.1), em que o herói leva “um puxão de orelha” de um amigo mais velho, por exemplo, pode-se falar de vivências de culpa gradualmente mais desenvolvidas ou de ordem depressiva (WINNICOTT, 1983), enquanto nos protocolos dos outros participantes do primeiro

subgrupo, as vivências de culpa apareceram de forma difusa, ou mesmo parcialmente integradas à personalidade, como pode ser visto na história abaixo (da fase Pós-CT):

(Benedito – Cartão 6RH, TL 242”, TT 5’20”) “Um homem e uma senhora, tá olhando pela janela, a mulher, ele tá bem vestido, segurando o chapéu, tá pensativo [Em que ele está pensando?] Acho que... talvez o filho, que foi visitar a mãe. Acho que, ela sente saudades dele, e ele mora longe, não pode tá [sic] com ela direto, ela sente saudade dele, e tá cobrando presença dele, e ele tá explicando que ele não pode tá com ela, que tem a família dele pra cuidar. [O que acontece depois?] Depois acho que, ela entende o lado dele, e ele fica uns dias lá com ela, e depois vai embora. Quando ele pode, ele vai ver ela. [Por que ele mora longe, o que aconteceu?] Acho que talvez ele conheceu uma mulher de outra cidade, a família dela é toda de lá, e ela pressionou ele, e ele teve que mudar.” (Título: (olhando cartão na mão do pesquisador) Acho que, ‘para minha mãe querida’]

Pode-se observar, na história acima, a presença de comentário sarcástico durante a produção do título, após a criação de uma história em que o herói apresenta uma tentativa de reparação, num conflito relacionado à autonomia perante a figura materna.

Nos protocolos do segundo subgrupo, as vivências de culpa parecem mais integradas à personalidade, como pode ser observado na história de Émerson para o cartão 4 (vide subseção 3.2.3.1), onde o herói, após um episódio impulsivo, demonstra arrependimento e decide parar de beber. Dessa forma, os dois subgrupos diferiram no grau com que os sentimentos de culpa podem promover o desenvolvimento sem a invasão de vivências de caráter esquizoparanoide (WINNICOTT, 1983).

Em síntese, os dados sugerem que o grande desafio para os participantes ao final do tratamento, com relação ao domínio 2, se refere ao desenvolvimento da autonomia em oposição à excessiva dependência do meio externo para a estabilização interna, sejam esses meio concretos (substâncias psicoativas) ou advindos das relações interpessoais. Tal autonomia implica não apenas nos componentes do domínio Responsabilidade, mas na intersecção deste domínio 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, a fim de reduzir o uso de mecanismos baseados na projeção complementar ou catártica.

O desenvolvimento de tal habilidade implica na integração entre aspectos relacionados à autoimagem, autoconhecimento, variedade dos mecanismos de defesa e o grau de contato e elaboração das vivências afetivas, como abordado na próxima seção.

4.1.4. Dimensão 4: Psicológica

Os componentes do domínio 4.1 (Habilidades Cognitivas) consistem na consciência do próprio comportamento e dos outros, discriminação de pensamentos e sentimentos relacionados a drogas e relação entre pensamentos e sentimentos passados e atuais, uso de mecanismos de defesa mais amadurecidos, contato com as realidades interna e externa e receptividade aos relacionamentos interpessoais. Esses componentes são diferentes da definição desse tipo de habilidades comumente adotada por autores na área de avaliação psicológica (vide, nessa direção, ARGIMON; OLIVEIRA, 2009).

Os resultados mostram que, ao final do tratamento, os participantes do segundo subgrupo apresentaram essas habilidades (conforme a definição usada por DE LEON, 2003 e no presente estudo) de forma mais desenvolvida que os participantes do primeiro. Nesse sentido, os participantes como um todo apresentaram menos sinais de dificuldade para produzir histórias no TAT que no início do tratamento, sugerindo a presença de recursos mais desenvolvidos para lidar com os afetos suscitados pelos cartões.

Ao mesmo tempo, esse resultado pode ser interpretado como um efeito de aprendizagem, em especial para os participantes do segundo subgrupo, que referiram se lembrar das histórias que haviam criado durante a fase Pré-CT, além de terem feito comentários sobre os itens do MMPI-IRF, comparando como se viam no início do tratamento e ao final do mesmo. Enquanto alguns participantes do primeiro subgrupo (Adalberto e Diego) também fizeram tais comentários, o segundo subgrupo demonstrou maior contato com as vivências da fase pré-CT em comparação com o final do tratamento:

(Após leitura de item do MMPI-IRF) “Isso antes ou depois da comunidade? Porque hoje é diferente”
(Émerson)

Além de ilustrar uma autoavaliação por parte do participante nas duas fases do estudo, o comentário acima pode ser entendido como a tentativa de relacionar comportamentos e sentimentos passados e atuais. Dessa forma, o efeito de aprendizagem se mostra insuficiente para explicar a melhora dos indicadores de habilidades cognitivas ao final do tratamento.

Apesar disso, os dois subgrupos de participantes variaram com relação ao grau de melhora também nesse domínio. Durante as entrevistas devolutivas, nas quais os mesmos puderam experimentar *insight*, observou-se diferentes graus de alcance deste para os dois

subgrupos, de acordo com o nível de melhora apresentado. Dois exemplos dessa diferença são transcritos abaixo. O primeiro é uma vinheta tirada da entrevista devolutiva com Êmerson:

[Você contou histórias parecidas para os mesmos cartões no início e ao final do tratamento...]

- Sim, eu me lembro de todas, exatamente como eu contei.

[Elas foram mesmo muito parecidas, mas em pequenos detalhes podemos ver algumas mudanças (aplicador conta brevemente as duas histórias para o cartão 4, enfatizando as diferenças entre as histórias pré e pós-CT⁹)].

- (parecendo impressionado) É mesmo... (Êmerson)

Como um contraste, Benedito ao final da mesma entrevista, em que respondeu apenas aos comentários sobre a importância dada por ele à espiritualidade, pareceu ter se colocado à parte, ou pouco envolvido pela entrevista:

- Então eu tô [sic] melhor?

[Depois do que a gente conversou, o que você acha disso?]

- Eu acho que sim... (Benedito)

Os exemplos acima também ilustram o grau de contato com as realidades interna e externa, o componente do domínio 4.1 em que as diferenças entre os subgrupos se mostram mais destacadas. Enquanto os participantes do primeiro subgrupo apresentaram indicadores de maior dependência do meio para lidar com os próprios afetos, os do segundo apresentaram indicadores de maior autonomia decorrente do contato com as próprias necessidades. Como exemplos que ilustram esse contraste, vide as histórias de Diego (do primeiro subgrupo) para o cartão 8RH na fase Pós-CT, transcrita na subseção 3.2.3.1 e a de Francisco para o cartão 4 na mesma fase (vide subseção 3.2.1.2). Enquanto na primeira história o herói necessita que o meio (amigo) o alerte sobre sua atitude consigo mesmo, o protagonista da história criada por Francisco desenvolve meios para lidar com suas dificuldades sozinho, após perder tudo o que tinha no jogo.

As diferenças entre a predominância dos mecanismos de defesa usados pelos participantes dos dois subgrupos também pode ser relacionada às distinções entre estes com relação ao grau de autoconhecimento e contato com a realidade. Os participantes com melhores indicadores nessa direção também apresentaram o uso de mecanismos de defesa

⁹ Vide subseção 3.2.3.1.

mais amadurecidos (vide, por exemplo, a história de Geraldo para o cartão 4 na subseção 3.2.4.1, em que o herói decide adotar uma criança após saber que não poderia ter filhos).

O domínio 4.2 (Habilidades Emocionais) se refere, segundo De Leon (2003), à identificação, variabilidade e expressão de estados emocionais. Nesse sentido, os dados referentes ao tipo de funcionamento afetivo permitem diferenciar os dois subgrupos a partir do grau de desenvolvimento dessas habilidades ao final do tratamento. Os participantes Diego, Émerson, Francisco e Geraldo apresentaram melhor funcionamento afetivo que os demais considerando o perfil de escores nas escalas do MMPI-IRF, com as observações clínicas e dos indicadores do TAT indo na mesma direção.

O grau de desenvolvimento dessas habilidades esteve diretamente relacionado aos resultados observados no domínio 4.3 (Bem-Estar Psicológico), em que se verificou melhora nos indicadores de descompensação em geral, ainda que participantes como Caio tenham apresentado equilíbrio da personalidade ao custo do uso de mecanismos de defesa baseados predominantemente na idealização e dissociação; este mesmo participante também apresentou sinais de piora nessa dimensão, considerando seus escores no MMPI-IRF. Nesse sentido, os resultados mais modestos obtidos com esse participante, assim como Benedito (que apresentaram critérios para diagnóstico de comorbidade) suportam a observação de que o tratamento em CTs é menos eficaz para dependentes de substâncias psicoativas que apresentam outros transtornos psicopatológicos (FALS-STEWART, 1992; DE LEON, 2003; DEKEL; BENBENISHTYB; AMRAM, 2004).

Ainda nessa direção, o participante Émerson exibiu melhoras marcantes, ao não apresentar critérios de comorbidade ao final do tratamento, o que havia se dado na fase Pré-CT, dando suporte à hipótese de que o tratamento em CTs também é eficaz para pessoas com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial (MESSINA; WISH; NEMES, 1999; MESSINA, 2002).

Por um lado, os dados mostram claramente que todos os participantes apresentaram melhoras no funcionamento psicológico ao final do tratamento, ainda que em diferentes graus. Contudo, casos como o de Émerson sugerem que outros fatores expliquem essas mudanças, os quais não foram contemplados pelo modelo apresentado por De Leon (2003). Uma tentativa de explicação é esboçada na seção seguinte, usando as contribuições de autores psicodinâmicos.

4.2. *Estrutura da personalidade e mudanças relacionadas ao tratamento em CTs*

Os resultados discutidos até o momento mostram que os participantes apresentaram dois padrões de melhora ao final do tratamento, com o segundo subgrupo tendo desenvolvido recursos mais maduros da personalidade tais como mecanismos de defesa mais evoluídos, menor grau de sofrimento psíquico e maior contato com as realidades interna e externa. Se todos os participantes foram submetidos ao mesmo tratamento, como explicar as diferenças observadas entre esses subgrupos?

Para Bergeret (1998), a estrutura de personalidade consiste num arranjo “estável e irreversível, com mecanismos de defesa pouco variáveis, um modo seletivo de relação de objeto, um grau definido de evolução libidinal e egóica [sic], uma atitude fixada de modo repetitivo diante da realidade e com um jogo recíproco bastante invariado dos processos primário e secundário” (p. 49). Para esse autor, é possível falar em três grandes “estruturas de base”, de acordo com os critérios apresentados. Essas podem ser vistas na Tabela 51.

Tabela 51. Diferenças entre as estruturas de personalidade de acordo com os critérios de Bergeret (1998)*.

	Instância dominante na organização	Natureza do conflito	Natureza da angústia	Principais defesas	Relação de objeto
Estruturas Neuróticas	Superego	Superego com Id	de castração	Recalcamento (ou repressão)	Genital
Estruturas Psicóticas	Id	Id com a realidade	de fragmentação	Negação da realidade; Desdobramento do Ego	Fusional
Estruturas Limítrofes	Ideal de Ego	Ideal de Ego com Id ou Realidade	de perda do objeto	Clivagem dos objetos; Forclusão	Anaclítica

*Adaptado da mesma referência.

De acordo com Bergeret (1998), essas estruturas apresentam subcategorias de acordo com o nível de desenvolvimento psicosssexual e egoico. Dentro da estruturação psicótica, as subcategorias existentes são, em ordem crescente de maturidade, a esquizofrênica, paranoica e melancólica. As estruturas neuróticas, segundo o mesmo critério de classificação, são divididas em obsessiva e histérica, com a última apresentando dois subtipos (de angústia e de conversão). Por fim, as estruturas limítrofes (ou anestruturações) não são consideradas estruturas propriamente ditas por Bergeret, tendo em vista que o desenvolvimento

psicossexual foi interrompido durante o conflito edipiano sem que o sujeito pudesse estabelecer um modo fixo de relação objetal, levando-o a oscilar entre arranjos aparentemente neuróticos ou mesmo psicóticos, de acordo com a pressão do ambiente. Dessa forma, Bergeret fala em “ordenamentos” e não em tipos de estruturas para esses quadros, do tipo perverso e caracterial (neurótico, psicótico ou perverso).

É interessante notar que Winnicott (1983) abordou o tipo de funcionamento descrito por Bergeret (1991) nas anestruturações descrevendo uma modalidade de defesa que consistiria na criação de um falso *self* para proteger o *self* verdadeiro da “exploração (...), que resultaria em seu aniquilamento” (WINNICOTT, 1983, p.134). O uso desse falso *self* consiste na criação de “um conjunto de relacionamentos falsos, (que) por meio de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão, ou que quer que no momento domine o cenário” (id., *ibid.*). Dessa forma, o uso desse mecanismo levaria a uma submissão ao ambiente, com a perda do “gesto espontâneo” que caracteriza o *self* verdadeiro para Winnicott (1983), que ainda ressalta que esse mecanismos se apresentam em diferentes graus, mesmo não-patológicos, como um recurso “conciliador” entre as exigências do ambiente e as necessidades do *self* verdadeiro.

Aplicando os critérios estabelecidos por Bergeret (1998) para o diagnóstico do tipo de estrutura de base para os participantes estudados, pode-se falar em três subgrupos de acordo com a estrutura da personalidade e o grau de melhora apresentado ao final do tratamento.

O primeiro subgrupo inclui os participantes Benedito e Caio, que apresentaram estruturações psicóticas do tipo paranoide, tendo exibido melhoras modestas ao final do tratamento. Um segundo subgrupo inclui os participantes Adalberto e Geraldo, que apresentaram estruturações neuróticas do tipo obsessiva e histérica de angústia, respectivamente. Estes participantes apresentaram níveis diferentes de melhora ao final do tratamento, com Geraldo apresentando melhor integração dos recursos da personalidade e maior autonomia que Adalberto.

Por fim, os participantes restantes (Diego, Émerson e Francisco) apresentam critérios para o diagnóstico de estruturação limítrofe, com ordenamentos do tipo caracterial neurótico. Esses participantes apresentaram, respectivamente, graus crescentes de melhora em termos do desenvolvimento de recursos adaptativos mais socializados e menor sofrimento psíquico.

As histórias do TAT dos participantes transcritas ao longo do texto oferecem exemplos de indicadores de características estruturais. Deve-se ressaltar que o diagnóstico de estrutura aqui proposto foi feito considerando o conjunto de indicadores obtidos na entrevista

semiestruturada e nos instrumentos de AP, cuja apresentação foge ao escopo do tipo de estudo aqui delineado (estudo de caso coletivo).

Bergeret e Leblanc (1991, vide também MARTINS, 2003, p. 11) descreveram os significados do uso de substâncias psicoativas no seio de cada estrutura de personalidade. Nas estruturas psicóticas, esse uso serviria ao controle das pulsões que, sem tal suporte, levaria à produção delirante e desorganização interna. Nas estruturações neuróticas, esse uso se constitui num ataque aos objetos internalizados, cuja introjeção é permeada pelas dificuldades em conciliar os desejos com as proibições internas. Já nas anestruturações, o envolvimento com traficantes ou grupos de usuários de substâncias psicoativas ocorreria no seio da submissão ao meio, presente nessas organizações de personalidade.

Alguns relatos dos participantes ilustram a descrição acima, tendo sido apresentados anteriormente. Benedito, por exemplo, referiu que teve uma recaída após perder o filho, situação para a qual “não tinha estrutura [sic]” para lidar, sugerindo que seu uso de crack pode ser compreendido como uma tentativa de lidar com a ruptura psíquica relativa ao trauma vivido. Adalberto referiu que bebia para “passar a raiva” relativa ao relacionamento com seu padrasto, ilustrando o modelo neurótico de tentativa de repressão da agressividade e rivalidade com uma figura paterna. Já Diego relacionou seu uso de álcool à solidão que vivia por conta de seu trabalho exigir viagens constantes, o que pode ser entendido como uma alusão à angústia de perda do objeto característica das anestruturações, conforme Bergeret (1998).

Dessa forma, como explicar os diferentes resultados alcançados pelos participantes? Pode-se hipotetizar que o tratamento ofereceu alívio de formas diferenciadas a cada subgrupo, às quais podem ser sintetizadas como a oferta de um objeto que alivia a angústia, conforme já discutido na subseção 4.1.2, com relação à melhora da tendência antissocial. Dessa forma, os melhores resultados com os participantes que apresentaram estruturações neuróticas e limítrofes pelas experiências durante o tratamento podem ser explicados pela forma como as experiências durante o mesmo foram introjetadas. No caso de Adalberto e Geraldo, o tratamento parece ter permitido a reparação da autoimagem com a redução da depreciação exercida pelo superego. Deve-se ressaltar que esses participantes apresentaram diferentes graus de reparação dessa imagem, o que pode estar relacionado à rigidez defensiva, de característica obsessiva, apresentada por Adalberto.

Já para Diego, Émerson e Francisco, o tratamento favoreceu a melhora pela afiliação a um grupo de iguais, permitindo apaziguar a angústia de perda do objeto. Sob essa ótica, não é

coincidência o fato de que esses participantes tenham passado a fazer parte da CT ao final do tratamento.

Em síntese, a inclusão de dados sobre o tipo de estrutura da personalidade permite o aprofundamento da compreensão sobre os diferentes graus de melhora apresentados pelos participantes, ao permitir descrever os níveis de introjeção das experiências durante o tratamento e a elaboração destas no aparelho psíquico.

4.3. *Algumas observações sobre o método de pesquisa e de análise dos resultados*

Os resultados mostram que através do método de pesquisa adotado, foi possível conhecer diferentes níveis de expressão das características de personalidade dos participantes. A partir da entrevista semiestruturada, foi possível obter dados sobre as percepções dos participantes acerca do tratamento, história pessoal e de uso de substâncias e prejuízos associados a este. A partir do MMPI-IRF e do TAT, foi possível obter informações sobre o funcionamento psíquico dos participantes, em especial seus recursos afetivos, mecanismos de defesa, autopercepção e percepção do meio, presença de sintomas psicopatológicos e mesmo dados sobre o tipo de estrutura de personalidade.

Apesar das limitações inerentes aos trabalhos com amostras pequenas (vide próxima seção), foi possível observar tendências de grupo e de subgrupos, a partir das convergências e divergências que emergiram da análise do material (ARZENO, 1995a). A busca por tais tendências, que se constitui um expediente comum nos procedimentos quantitativos de análise (MINAYO; SANCHES, 1993), foi possível no presente trabalho, dentro dos limites de generalização de um estudo de caso coletivo (STAKE, 1995).

Ainda que o presente estudo tenha caráter exploratório, muitas das questões que emergiram demandam maior investigação. Contudo, deve-se ressaltar que alguns resultados confirmaram achados já reportados na literatura.

Uma das questões em aberto se relaciona a quais experiências dentro do tratamento foram mais importantes e mais relacionadas às mudanças apresentadas pelos participantes ao final do mesmo. Tendo em vista que não houve contato do pesquisador com os participantes entre as duas fases do estudo, não há dados sobre o tema acima que permitam uma discussão. Entretanto, a partir dos relatos dos participantes sobre suas impressões da CT ao final do tratamento, pode-se falar na importância da espiritualidade e do treino em habilidades para prevenção da recaída. Enquanto estudos brasileiros sobre este último tema têm mostrado a

eficácia desse modelo de intervenção (vide, por exemplo, OLIVEIRA, 2002), estudos sobre as CTs no país tendem a assumir um ponto de vista menos favorável à ênfase na espiritualidade nesse tipo de instituição, em especial naquelas que não contam em sua equipe com profissionais de saúde (SILVA; GARCIA, 2004; SIQUEIRA et al., 2007; RAUPP; MILNITISKY-SAPIRO, 2008). Apesar disso, estudos futuros poderiam abordar essas questões usando delineamentos de pesquisa tais como observação participante ou entrevistas com internos em diferentes momentos do tratamento.

Uma segunda questão correlata à esboçada acima se refere às diferenças obtidas no tratamento em CTs com equipes completas e CTs como a estudada, em que a maior parte das atividades terapêuticas era conduzida por monitores. Para responder a essa questão, seriam necessários estudos realizados em várias instituições. Outras questões se relacionam à duração dos resultados obtidos após o tratamento (demandando a realização de pesquisas longitudinais), extensão dos ganhos em relação ao tempo em tratamento (a fim de avaliar a existência da relação entre esse tempo e os resultados obtidos em CTs brasileiras) e fatores associados à adesão ao tratamento. Este último tema parece especialmente importante, tendo em vista as altas taxas de desistência observadas tanto no tratamento em CTs como em outros modelos de tratamento (SCADUTO; BARBIERI, 2009). Essa dificuldade também se refletiu no presente trabalho, em que cerca de dois terços da amostra estudada não completou o tratamento.

Por fim, o estudo permitiu uma avaliação indireta dos instrumentos de AP utilizados, considerando seus alcances e limites. Com relação ao MMPI-IRF, os dados mostram que, apesar de se ter usado uma amostra normativa desatualizada para o cálculo dos escores, o instrumento se mostrou sensível o bastante para detectar diferenças entre as fases Pré e Pós-CT.

Os resultados do presente trabalho revelam que o MMPI-IRF se mostra um instrumento pertinente para a avaliação da personalidade ao nível do Autorrelato, levantando a necessidade de mais estudos a fim de atualizá-lo, em especial de validade e normatização, visto que o mesmo se mostra adequado para aplicação oral e, principalmente, para pessoas com baixo nível de escolaridade. Mesmo após o “renascimento” da pesquisa em avaliação psicológica no país observada nos últimos anos, conforme apontado por Alves, I. (2006), a crítica formulada por Barbieri (1996) sobre o “caráter elitista” da Psicologia continua atual e pertinente. Dessa forma, mais estudos devem ser conduzidos para aprimorar ou criar técnicas de Autorrelato (RIETZLER, 2006) adequados à população em situação de vulnerabilidade social, a fim de auxiliar na implementação e execução de intervenções junto à mesma.

Com relação ao TAT, os resultados aqui apresentados mostram que as informações oferecidas por uma técnica de Autoexpressão podem ser analisadas em diversos níveis, incluindo quantitativos, sem, contudo, omitir importantes dados qualitativos, favorecendo uma compreensão ampla das características de personalidade do aplicando.

Apesar de estudos que informam sobre a popularidade desse teste (HERZBERG; MATTAR, 2008; LAGO; BANDEIRA, 2008), o TAT não é objeto de estudos normativos ou de validade há mais de quinze anos, sugerindo a necessidade de atualização desse importante instrumento. O mesmo pode ser dito da metodologia de categorização e análise das histórias do TAT adotada no presente trabalho, que envolve tanto elementos da proposta original da personologia de Murray quanto da teoria psicanalítica de personalidade. Apesar do manual do TAT atualmente comercializado junto com os cartões (MURRAY, 2005) contemplar esse modelo de análise, não há menção ao trabalho de Morval (1982, apud JACQUEMIN; BARBIERI, 2003) no mesmo, levantando a necessidade de estudos que avaliem as possibilidades desse método de análise, que em última instância amplia as possibilidades interpretativas da metodologia exposta por Murray (2005). Outros autores (TELLES, 2000) problematizam o TAT como método projetivo, a partir de críticas ao modelo psicanalítico de projeção, propondo meios de lidar e superar tais limitações. Contudo, de acordo com Alves, I. (2006), a busca por metodologias de validação dos testes projetivos (incluindo o TAT) é um processo em trânsito, com importantes contribuições ainda a serem realizadas.

Em síntese, foi possível conduzir um estudo usando um método misto de pesquisa, um procedimento comum em AP, ainda que com conflitos epistemológicos até o momento pouco abordados (BARBIERI, no prelo) e algumas limitações (vide seção sobre o tema abaixo). Antes de apontar essas limitações, algumas considerações sobre as CTs são feitas a partir dos resultados obtidos.

4.4. *Considerações finais*

Os dados mostram que o tratamento em CTs promove melhoras no funcionamento psicológico, ainda que em diferentes graus, dependendo do tipo de estruturação e o grau de integração dos recursos da personalidade.

O presente trabalho vem preencher uma lacuna que, em última instância, ilustra um problema maior que a escassez de estudos acadêmicos sobre as CTs. Levantamentos como o de Siqueira et al. (2007) no estado do Espírito Santo mostram uma tendência também

observada em São Paulo, ou seja, da presença cada vez maior das CTs como uma alternativa aos modelos de atenção em saúde aos dependentes de substâncias psicoativas. Tal posição é polêmica por colocar em questão não apenas as dificuldades do Poder Público em efetivar um Sistema Único de Saúde eficaz, mas também de um conflito entre saberes não-acadêmicos e aqueles definidos como científicos.

Se, por um lado, observa-se que alguns princípios da filosofia das CTs se baseiam em modelos essencialmente morais de tratamento da dependência de substâncias, por outro lado essa mesma filosofia congrega princípios de convivência comunitária e inserção social que se aproximam daqueles das 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. Saulo Monte Serrat (Psicólogo e Presidente da FEBRACT), em entrevista à revista *Comciência* (idem, 2002), conta que sua aproximação inicial com as CTs se deu pelo interesse em unir pesquisa com prática. Esse compromisso parece ter se distanciado dos ambientes acadêmicos, levando a estereótipos de ambos os lados que impedem uma apreciação realista dos alcances e limites desse modelo de tratamento (vide ARNAU, 2006, que ilustra um processo semelhante na Espanha).

No presente trabalho, advoga-se uma visão das CTs como instituições que oferecem uma importante contribuição para a compreensão e tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Para tanto, tais instituições dependem de instalações adequadas às necessidades das pessoas atendidas 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 das CTs, mas de todo o sistema de saúde mental no Brasil.

Nesse sentido, os desafios para a evolução das CTs no país parecem residir na busca pelo seu aprimoramento e profissionalização, além de uma maior aproximação com a pesquisa científica, visando ao enriquecimento tanto das intervenções nessas instituições como da compreensão e aprimoramento dos fatores associados a resultados positivos, em suma, do conhecimento sistematizado sobre esse modelo de tratamento.

4.5. *Limitações do estudo*

A generalização dos resultados aqui obtidos é de alcance bastante restrito, em vista da amostra pequena e representativa de apenas uma parte da população de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, considerando critérios como idade e sexo.

As limitações para generalização dos resultados se devem ao não-uso de métodos estatísticos ou de orientação quantitativa pura para a análise dos dados. Duas metodologias se mostram possíveis, as quais podem ser desenvolvidas em releituras futuras dos resultados aqui apresentados. Na primeira, os dados com distribuições contínuas (como o número de ocorrências e tipo de indicadores no TAT e a distribuição das respostas aos itens do MMPI-IRF) podem ser analisados com métodos como a Análise de Variância, a fim de observar o nível de significância estatística das mudanças ao final do tratamento em relação ao seu início.

A segunda possibilidade seria o uso de metodologias de avaliação de modificações no quadro clínico como o método JT, conforme apresentado por Yoshida (2008), que permite estimar o grau de mudança usando instrumentos psicométricos (ou de Autorrelato) de AP. Esse método de análise não foi adotado no presente estudo devido à necessidade de um coeficiente de teste-reteste do instrumento usado para o cálculo do Índice de Mudança Confiável de Jacobson e Truax (apud YOSHIDA, 2008), coeficiente não encontrado tanto no manual do MMPI quanto em estudos sobre esse teste no país. Uma forma de contornar essa dificuldade em pesquisas futuras seria o uso de instrumentos de AP que apresentem estudos com o cálculo desse coeficiente.

Por fim, os dados desta investigação se referem ao funcionamento psicológico dos participantes ao final do tratamento e, portanto, ainda em internação, de forma que não é possível falar da estabilidade desses resultados após o tratamento.

5. BIBLIOGRAFIA

ABBAD, G; MENESES, P. P. M. Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9 (3), p. 441-450, 2004.

ALVES, I. C. B. Considerações sobre a validade e precisão nas técnicas projetivas. In: NORONHA, A. P. P.; SANTOS, A. A. A.; SISTO, F. F. (orgs.) **Facetas do fazer em avaliação psicológica**. São Paulo: Vetor, 2006, p. 173-190.

ALVES, F. M. O Tratamento da Drogadição em uma Perspectiva Psicossocial. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** [online], v. 1 (2), São João del-Rei, dez. 2006. Disponível em <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/FlaviaAlves.pdf>>. Acesso em 15 fev 2007.

ARGIMON, I. L.; OLIVEIRA, M. S. Avaliação psicológica do dependente de substâncias psicoativas. In: HUTZ, C. S. (org.) **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica: em homenagem a Jurema Alcides Cunha**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009, p. 199-215.

ARNAU, D. C. Comunidades terapêuticas: la transformación invisible. **Adicciones**, v. 18 (4), p. 323-326, 2006.

ARZENO, M. E. G. O Estudo do Material Coletado, in: _____. *Psicodiagnóstico Clínico: Novas Contribuições*. Porto Alegre: Artmed, 1995a, p. 179-185.

ARZENO, M. E. G. Considerações Atuais sobre a Entrevista de Devolução dos Resultados do Psicodiagnóstico, in: _____. *Psicodiagnóstico Clínico: Novas Contribuições*. Porto Alegre: Artmed, 1995b, p. 186-202.

BARBIEIRI, V. **Alcances e Limitações da Forma IRF do MMPI na Avaliação de Indivíduos não Alfabetizados da População Brasileira**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. 255 p.

BARBIERI, V. **A família e o Psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. 272 p.

BARBIERI, V. Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo: confronto de paradigmas? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, no prelo.

BARBIERI, V.; JACQUEMIN, A. Perfil Psicológico de Migrantes Através da Forma IRF do MMPI. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 17 (1), p. 013-018, 2001.

BERGERET, J. **Personalidade Normal e Patológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 261 p.

BERGERET, J. & LEBLANC, J. **Toxicomanias, uma visão multidisciplinar**. Brasília: Artes Médicas, 1991. 354 p.

BRASIL. **Normas mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas** [online]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2001. (RDC Nº 101, Publicado no Diário Oficial da União; 2001; Mai 31). Disponível em: URL: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm. Acesso em 27 nov 2006.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª Ed. revista e ampliada, 2004. 66 p.

BROEKAERT, E.; KOOYMAN, M.; OTTENBERG, D. J. The “New” Drug-Free Therapeutic Community: Challenging Encounter of Classic and Open Therapeutic Communities. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 15 (6), p. 595-597, 1998.

BRUNDTLAND, G. H. Mental Health in the 21st Century. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78 (4), p. 411-411, 2000.

CARLINI, E. A. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005**. [online] Disponível em <<http://obid.senad.gov.br/OBID/Diversos/salvarlocal.jsp?id=17770>>. Acesso em 27 Nov 2006.

CARROLL, J. F. X.; MCGINLEY, J. J. An agency follow-up outcome study of graduates from four inner-city therapeutic community programs. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 18, p. 103–118, 2000.

CHAN, K. S. et al. How important are Client Characteristics to understanding Treatment Process in the Therapeutic Community? **The American Journal of Alcohol and Drug Abuse**, v. 30 (4), p. 871-891, 2004.

COMCIÊNCIA – REVISTA ELETRÔNICA DE JORNALISMO CIENTÍFICO. **Comunidades Terapêuticas: Mecanismo Eficiente no Tratamento de Dependentes Químicos**. Edição Especial sobre Drogas, 2002. Disponível em <<http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm>>. Acesso em 03 dez 2006.

COMREY, A. L. **Escalas de Personalidade de Comrey: manual técnico**. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda (Adaptação brasileira: Aroldo Rodrigues), 2003, 107 p.

CONDE, F. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: proceso de institucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Metodos y tecnicas cualitativas de investigación en ciencias sociais**. Madrid: Editorial Sintesis, (p. 97-119), 1995, 672 p.

COSTA JR., P. T.; MCCRAE, R. R. **Inventário de Personalidade NEO Revisado e Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado NEO-FFI-R (Versão Curta): Manual**. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda (Adaptação brasileira: Carmen E. Flores-Mendoza), 2007, 136 p.

DAVILA, A. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teorico e implicaciones praxeologicas. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Metodos y tecnicas cualitativas de investigación en ciencias sociais**. Madrid: Editorial Sintesis (p. 69-83), 1995, 672 p.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Loyola, 2003. 479 p.

DE LEON, G. et al. Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability (The CMRS Scales): Predicting Retention in Therapeutic Community Treatment. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 20, p. 495-515, 1994.

DEKEL, R; BENBENISHTYB, R; AMRAM, Y. Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. **Addictive Behaviors**, v. 29, p.1833-1837, 2004.

DERMATIS, H; et al. The Role of Social Cohesion Among Residents in a Therapeutic Community. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 21, p. 105-110, 2001.

FALS-STEWART, W. 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**, v. 59 (3), p. 515-517, 1992.

FRACASSO, L. Características da Comunidade Terapêutica. **Revista Comciência** [online], Reportagem Especial sobre Drogas, 2002. Disponível em <<http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas07.htm>>. Acesso em 03 dez 2006.

FRANÇA E SILVA, E. (Coord.); EBERT, T. N. H.; MILLER, L. M. **O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na Cultura Brasileira: Manual de Aplicação e Interpretação**. Rio de Janeiro: Ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1984. 244 p.

FRIEDMAN, A. F. et al. **Psychological assessment with the MMPI-2**. Philadelphia: Lawrence Erlbaum Associates, 2001, 688 p.

FURLAN, R. A questão do método na Psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 25-33, 2008.

GABBARD, G. O. Os Princípios Básicos de Psiquiatria Dinâmica. In: _____. **Psiquiatria Dinâmica** (2ª Ed.). Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 23-38.

GELO, O.; BRAAKMANN, D.; BENETKA, G. Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate. **Integrative Psychology and Behaviour**, v. 42, p. 266–290, 2008.

GRELLA et al. Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 57 p. 151-166, 1999.

GORDON, L. B. Preferential Drug Abuse: Defenses and Behavioral Correlates. **Journal of Personality Assessment**, v.44 (4), p. 345-350, 1980.

HATHAWAY, S. R.; MCKINLEY, J. C. **Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade** - Manual (A. Benkö & R.J.P. Simões, Trans.) Rio de Janeiro: CEPA, 1971.

HERZBERG, E.; MATTAR, A. Instrumentos clínicos utilizados no Departamento de Psicologia Clínica da USP: 10 anos depois. **Boletim de Psicologia**, v.58, n.128, p. 39-54, 2008.

HSER, Y. et al. An Evaluation of Drug Treatments for Adolescents in 4 US Cities. **Archives of General Psychiatry**, v. 58 (7), p. 689-695, 2001.

HUTZ, C. S. et al. The Development of the Big Five Markers for Personality Assessment in Brazil. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online], Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721998000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Jan 2007.

HUTZ, C. S.; NUNES, C. H. S. S. **Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, 44p.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION (ITC). **Diretrizes para o Uso de Testes: International Test Commission**. Versão em Português (Tradução autorizada pela International Test Commission para o Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica –IBAP). 37p, 2003. Disponível em <<http://www.ibapnet.org.br/DiretrizesITC.pdf>>. Acesso em 30 Mar 2004.

JACQUEMIN, A.; BARBIERI, V. Manual Prático do Teste de Apercepção Temática (T. A. T.) (revisão por Valéria Barbieri). **Mimeo**, 41p, 2003.

KESSLER, F. et al. Psicodinâmica do Adolescente Envolvido com Drogas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25 (1), p. 33-41, 2003.

KESSLER, F. e PECHANSKY, F. **Manual de Aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI-6)**, 2007. Manuscrito cedido pelos autores.

KRESSEL, D. et al. Measuring Client Clinical Progress in Therapeutic Community Treatment: The Therapeutic Community Client Assessment Inventory, Client Assessment Summary, and Staff Assessment Summary. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 19, p. 267-272, 2000.

LAGO, V. M.; BANDEIRA, D. R. As práticas em avaliação psicológica envolvendo disputa de guarda no Brasil. **Avaliação Psicológica**, v. 7 (2), 2008, p. 223-234.

MACIEL, M. J. N.; YOSHIDA, E. M. P. Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. **Avaliação Psicológica**, v. 05, p. 43-54, 2006.

MARTINS, R. M. **Psicodinâmica de Usuários de Drogas: Contribuições da Avaliação Psicológica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. 157 p.

McCUSKER, J. et al. Planned versus actual duration of Drug Abuse Treatment: Reconciling Observational and Experimental Evidence. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 184 (8), p. 482-489, 1996.

MELLO, C. O. et al. A comunidade terapêutica como modalidade de tratamento para dependentes químicos: relato de uma observação participante. **Revista HCPA**, v. 19 (1), p. 91-107, 1999.

MELNICK, G.; DE LEON, G. Clarifying the Nature of Therapeutic Community Treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 16 (4), p. 307–313, 1999.

MELNICK, G. et al. A Client-treatment Matching Protocol for Therapeutic Communities: first report. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 21, p. 119– 128, 2001.

MELONI, J. N. & LARANJEIRA, R. Custo Social e de Saúde do Consumo do Álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26 (Supl I), p. 7-10, 2004.

MESSINA, N. P.; WISH, E. D.; NEMES, S. Therapeutic Community Treatment for Substance Abusers With Antisocial Personality Disorder. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 17 (1-2), p. 121-128, 1999.

MESSINA, N. P.; WISH, E. D.; NEMES, S. Predictors of Treatment Outcomes in Men and Women Admitted to a Therapeutic Community. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 26 (2), p. 207-227, 2000.

MESSINA, N. P. et al. Opening the Black Box: The Impact of Inpatient Treatment Services on Client Outcomes. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 20, p. 177- 183, 2001.

MESSINA, N. P. et al. Antisocial Personality Disorder and TC Treatment Outcomes. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 28 (2), p. 197-221, 2002.

MILBY, J. B. **A Dependência de drogas e seu tratamento**. São Paulo: Pioneira EDUSP, 1988. 279p.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9 (3), p. 239-262, 1993.

MORGAN, C.; MURRAY, H. A. A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test. **Archives of Neurology and Psychiatry**, v. 34, 1935, p. 289-306.

MOOS, R. H.; MOOS, B. S.; ANDRASSY, J. M. Outcomes of Four Treatment Approaches in Community Residential Programs for Patients With Substance Use Disorders. **Psychiatric Services**, 50 (12), p. 1577-1583, 1999.

MURRAY, H. A. **Teste de Apercepção Temática**: Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard (adaptação e padronização brasileira: Maria Cecília Vilhena da Silva), 3ª Ed. adaptada e ampliada. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 64p.

NEMES, S. et al. Comparing the Impact of Standard and Abbreviated Treatment in a Therapeutic Community: Findings from the District of Columbia Treatment Initiative Experiment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 17 (4), p. 339-347, 1999.

OLIVEIRA, M. S. Abordagens psicoterápicas. In: PULCHERIO, G.; BICCA, C.; SILVA, F. A. (orgs.) **Álcool, outras drogas & informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.125-145.

ORTI, A. La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Metodos y tecnicas cualitativas de investigación en ciencias sociais**. Madrid: Editorial Sintesis, 1995. Cap. 3, p.

85 – 95.

PASQUALI, L.; AZEVEDO, M. M. & GHESTI, I. **Inventário Fatorial de Personalidade: manual técnico e de aplicação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos Explicativos para o Uso de Álcool e Drogas e a Prática da Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12 (4), p. 676-82, 2004.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24 (3), p. 361-368, 2008.

REZENDE, M. M. Modelos de Análise do Uso de Drogas e de Intervenção Terapêutica: Algumas Considerações. **Biociências** [online], v. 6 (1), 8 p., 2000. Disponível em <<http://www.unitau.br/prppg/publica/biocienc/downloads/modeloanalisedroga-N1-2000.pdf>>. Acesso em 01 Dez 2006.

RIETLZER, B. Aplicações culturais do Rorschach, testes de apercepção e desenhos de figuras. In: SILVA NETO, N. A. & AMPARO, D. M. (Ed.) **Métodos Projetivos**. Instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura. São Paulo: Vetor, 2006. p 46-69.

SABINO, N. Di. M. & CAZENAVE, S. O. S. Comunidades Terapêuticas como Forma de Tratamento para a Dependência de Substâncias Psicoativas. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 22 (2), p. 167-174, 2005.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (2), p. 605-614, 2009.

SILVA, R. C. A Falsa Dicotomia Qualitativo-Quantitativo: Paradigmas que Informam nossas Práticas em Pesquisa. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP / CAPES**; R. Preto: Editora Legis-Summa, 1998. Disponível em www.usp.br/nepaids/Dicotomia.pdf. Acesso em 30 Mar 2008.

SILVA, J. A.; GARCIA, M. L. T. Comunidades Terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no Estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54(4), p. 243-252, 2004.

SIMON, R. Proposta de redefinição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada (EDAO). **Mudanças (São Bernardo do Campo)**, Instituto Metodista de Ensino, v. 6, p. 13-24, 1998.

SIQUEIRA, M. M. et al. Psychoactive substances and the provision of specialized care: the

case of Espirito Santo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29 (4), p. 315-323, 2007.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 3, 2009. Disponível em <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD005338>. Acessado em 03 Fev 2010.

SOUZA, M. A. Funcionamento Psicodinâmico em Drogadictos através do Rorschach. **Boletim de Psicologia**, v. XLVIII (108), p. 1-12, 1998.

SOYEZ, V. et al. Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment: Psychometric Evaluation of the Dutch Translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability Scales. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 30, p. 297-308, 2006.

SPOHR, B.; LEITÃO, C; SCHNEIDER, D. R. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas** (Florianópolis), v. 39, p. 219-236, 2006.

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995. 175 p.

TAVARES, M. Validade clínica. **Psico-USF**, v. 8 (2), p. 125-136, 2003.

TELLES, V. S. A desvinculação do TAT do conceito de "projeção" e a ampliação de seu uso. **Psicologia USP**, v. 11 (1), 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Mar 2006.

TOUMBOUROU, J. W.; HAMILTON, M.; FALLON, B. Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. **Addiction**, v. 93 (7), p. 1051-1064, 1998.

TRINCA, W. ; TARDIVO, L. S. L. P. C. Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Histórias (D-E). In: CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico-V** (5ª edição, revista e ampliada). Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 428-438.

TRIMBOLI, F.; KILGORE, R. B. A Psychodynamic Approach to MMPI Interpretation. **Journal of Personality Assessment**, v. 47 (6), p. 614-626, 1983.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL DROGAS (UNIAD). **Entrevista para Pessoas com Problemas Relacionados a Álcool ou a Drogas**. 6p., Disponível em <<http://www.uniad.org.br/>>. Acesso em 21 Set 2006.

VALDERRUTÉN, M. C. C. Entre “teoterapias” y “laicoterapias”. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. **Psicologia & Sociedade**, v. 20 (1), p. 80-90, 2008.

VAN DE VELDE, J. C.; SCHAAP, G. E.; LAND, H. Follow-Up at a Dutch Addiction Hospital and Effectiveness of Therapeutic Community Treatment. **Substance Use & Misuse**, v. 33 (8), p. 1611-1627, 1998.

VERACHAI V.; PUNJAWATNUN, J.; PERFAS, F. The results of drug dependence treatment by therapeutic community in Thanyarak Institute on Drug Abuse. **Journal of the Medical Association of Thailand**, v. 86 (5), p. 407-414, 2003.

VIEIRA, C. A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. **Revista Toxicodependências**, v. 13 (3), p. 15-22, 2007.

VILLEMOR-AMARAL, A. E. Métodos Projetivos em Avaliações Compulsórias: Indicadores e Perfis. In: HUTZ, C. S. (org.) **Avanços e Polêmicas em Avaliação Psicológica: em homenagem a Jurema Alcides Cunha**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 157-174.

WARD, C. L. & SELBY, R. B. An Abbreviation of MMPI with Increased Comprehensibility and Readability. **Journal of Clinical Psychology**, v. 36, p. 180-185, 1980.

WERLANG, B. G. O TAT, conforme o Modelo de Bellak. In: CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico-V** (5ª edição, revista e ampliada). Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 409-415.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983, 268 p.

WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, 456 p.

YOSHIDA, E. M. P.; PRIMI, R.; PACE, R. Validade da Escala de Estágios de Mudança. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 20 (3), p. 7-21, 2003.

YOSHIDA, E. M. P. Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. **Paidéia**, v. 18(40), 305-316, 2008.

ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para a instituição)

Eu, _____, presidente da _____, autorizo a realização da pesquisa “O TRATAMENTO DE DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NUMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: ESTUDO ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA” na instituição referida. Estou ciente de que esta pesquisa está sob a responsabilidade do Psicólogo Alessandro Antonio Scaduto e da Profa. Dra. Valéria Barbieri, ligados ao Departamento de Psicologia e Educação – FFCLRP – USP.

Estou ciente de que a pesquisa consiste em entrevistas individuais com internos que estejam iniciando ou terminando o tratamento na instituição, que passarão por entrevistas e aplicação de instrumentos de Avaliação Psicológica (conhecidos como Testes Psicológicos), a fim de estudar como o tratamento é vivido por esses internos.

Estou ciente de que:

- A participação na pesquisa é livre, sendo que, a qualquer momento, o consentimento em participar dela poderá ser retirado, sem que isso acarrete qualquer ônus ou consequência à instituição ou aos internos;
- A realização das entrevistas será feita na instituição, em sala separada a fim de proteger a privacidade dos participantes;
- A participação nessa pesquisa não envolve nenhum tipo de risco aos voluntários ou a instituição; tanto os internos como a instituição não obterão benefícios diretos em participar desta pesquisa, mas estou ciente de que esta poderá contribuir para o aprimoramento das indicações para tratamento em Comunidades Terapêuticas;
- Poderei ter acesso aos resultados gerais da pesquisa por meio de uma entrevista devolutiva ao final do trabalho;
- As informações pessoais dos voluntários serão mantidos em sigilo, tanto no texto da pesquisa quanto nas entrevistas de devolução dos resultados da pesquisa para a instituição.

Os resultados deste trabalho científico estarão sob o cuidado dos pesquisadores, podendo ser divulgado em congressos e artigos, resguardando-se o sigilo quanto a qualquer informação pessoal sobre os voluntários.

_____, _____ de _____ de 2007.

Alessandro Antonio Scaduto

Psicólogo – 06/70471

Fone 16 3202 3553/ 16 3602 3798

email: aascaduto@gmail.com

Assinatura do Diretor da Instituição

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para os participantes)

Eu, _____, estou de acordo em participar da pesquisa “O TRATAMENTO DE DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NUMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: ESTUDO ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA”, realizada pelo Psicólogo Alessandro Antonio Scaduto, sob a orientação da Profa. Dra. Valéria Barbieri. A pesquisa consiste em realizar entrevistas individuais com internos da _____ no início e no final do tratamento, e aplicar instrumentos de Avaliação Psicológica (conhecidos como Testes Psicológicos), a fim de estudar como o tratamento é vivido pelos internos.

Estou ciente de que:

- A participação na pesquisa é livre, sendo que, a qualquer momento, poderei retirar meu consentimento em participar dela, sem que isso acarrete qualquer ônus ou consequência à minha pessoa ou à minha internação nessa instituição;
- A realização das entrevistas será feita na própria instituição, em uma sala reservada para preservar minha privacidade;
- A participação nessa pesquisa não envolve nenhum tipo de risco a mim ou à instituição; não terei benefícios diretos em participar desta pesquisa, mas estou ciente de que esta poderá contribuir para o aprimoramento das indicações para tratamento em Comunidades Terapêuticas;
- Poderei ter acesso aos resultados de minha avaliação por meio de uma entrevista ao final do trabalho;
- Meu nome será mantido em sigilo, assim como outras informações pessoais.

Os resultados deste trabalho científico estarão sob o cuidado dos pesquisadores, podendo ser divulgado em congressos e artigos, resguardando-se o sigilo quanto a qualquer informação pessoal a meu respeito.

_____, _____ de _____ de 2008.

Alessandro Antonio Scaduto
Psicólogo – 06/70471
Fone: 16 3602 3798/ 16 9108 6684
email: aascaduto@gmail.com

Assinatura do Voluntário
Tel.:
Endereço:

Anexo 3: Roteiro de Entrevista de Triage

Estamos realizando uma pesquisa sobre pessoas que passam por Comunidades Terapêuticas para usuários de álcool/drogas e selecionando pessoas que tenham interesse em participar. Por favor, preencha as informações abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Até que série você estudou? _____

Pedimos que você responda as perguntas abaixo:

1. Você já teve algum problema emocional? () Sim () Não

Caso tenha passado por isso, conte como foi: Há quanto tempo aconteceu? O que você sentiu? Você chegou a pedir ajuda para alguém?

2. Você já passou por tratamento médico com psiquiatra ou neurologista? () Sim () Não

Caso tenha passado, qual foi o motivo?

Você chegou a tomar remédios nesse tratamento? Quais foram?

Anexo 4: Roteiro de Entrevista Semiestruturada

I. Dados Básicos

I. IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome: _____

2. Endereço: _____

Tel.: residencial _____ celular _____ Bairro: _____ CEP: _____

3. Naturalidade: _____ 4. Procedência: _____

Há quanto tempo reside nessa cidade? _____ anos / _____ meses

5. Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/19____

6. Estado civil: () solteiro () casado () amasiado () viúvo

() desquitado () divorciado () separado

7a. Histórico Familiar. Como é (era) sua família de origem (pais, irmãos ou outros membros que tenham morado com você boa parte da sua vida)?

Nome	Parentesco	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Observações importantes

7b. (caso tenha constituído família ou não more com a de origem) Com quem você mora atualmente?

Nome	Parentesco	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Observações importantes

8. Vida conjugal: idade com que se casou _____ anos.

Tempo de união: _____ anos _____ meses.

Idade do cônjuge: _____ anos.

9. Fale sobre sua vida conjugal (como é o relacionamento com a parceira/namorada, como vivem, há quanto tempo estão juntos, relacionamentos anteriores).

10. Religião atual: () católica () evangélica () protestante () espírita

() judaica () muçulmana () outra: _____ () sem religião

Freqüenta algum culto: () não () sim. Com que freqüência? _____

Que culto frequenta? _____

II. EDUCAÇÃO

1. Escolaridade: () Supletivo () 1.º grau () 2.º grau () 3.º grau () pós-graduação

() completo () incompleto

Em que série parou de estudar? _____ Por que parou? _____

Se ainda estuda: Escola atual: _____

() pública () particular Série: _____ Horário: das ____ h às ____ h

III. TRABALHO

1. Você trabalha? () não () sim. Se sim, qual a ocupação principal atual: _____

Nome da empresa/local de trabalho: _____ Tel. () _____

Tempo: _____ Condição da ocupação atual:

() empregado com carteira assinada

() empregado sem carteira assinada

() por conta própria (autônomo)

a) Ocupações Anteriores

Local	Cargo/Função	Tempo	Motivo da Saída

IV. HISTÓRIA PESSOAL

A partir de agora introduzirei alguns temas dos quais gostaria que você falasse um pouco, na medida do possível...

1. INFÂNCIA (como foi o crescimento e desenvolvimento: físico, motor, linguagem. Fatos marcantes do desenvolvimento, positivos ou traumáticos).

2. ADOLESCÊNCIA (considerar eventos marcantes, iniciação sexual, relacionamentos conjugais, com colegas e familiares).

3. SAÚDE (considerações gerais, passadas e atuais: nível de saúde, doenças, acidentes, medicamentos acompanhamento médico, tratamentos).

4. ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO (características pessoais e dificuldades).

5. SONO (tipo e hábitos, problemas atuais ou passados).

6. SOCIALIZAÇÃO (desenvolvimento de amizades, namoro, relações pessoais em geral. Contato atual com as outras pessoas. Interesses e atividades preferidas do dia-a-dia).

II. MOTIVO DA PROCURA:

1. O que o levou a procurar este serviço de atendimento (Pesquisar se houve uso abusivo de álcool e/ou drogas e quais tipos)?

2. Como você chegou a esse serviço (encaminhado ou não, quando ocorreu a decisão)?

3. Desde quando você nota o que vem acontecendo com você?

4. Você está se sentindo melhor agora ou acha que está na fase pior? Em que aspectos? Por quê?

5. A que você atribui essas dificuldades? (O que você acha que causou sua atual situação?)

6. Como sua família reage às suas dificuldades?

7. O que você entende por um tratamento para dependência química?

8. Que tipo de ajuda você espera receber aqui? Quais são as suas expectativas em relação ao serviço aqui oferecido?

9. De que forma você acha que seria dada essa ajuda?

10. Acha que a este serviço pode fornecer o tipo de ajuda que você está buscando? Fale a respeito.

Comentários Adicionais:

III. USO DE ÁLCOOL E DROGAS

1. História do beber (Observação: Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja):

a) Quando foi a primeira vez que você bebeu álcool e a primeira vez que comprou uma bebida alcoólica para você mesmo?

b) Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana? Como era esse uso?

c) Nos últimos 6 meses, com que frequência você estava bebendo? Como era esse uso?

d) Quando você bebeu pela última vez?

e) Sintomas do Álcool:

Nos últimos 30 dias:

Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber?

Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? Como foi?

Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico, ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões? Como foi (foram)?

Por causa do seu beber, teve problema com a lei? Fale a respeito.

Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? Como foi (foram)?

Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool?

k) Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?

0 – Nada 1 – Levemente 2 – Moderadamente 3 – Consideravelmente 4 – Extremamente

l) Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?

0 – Nada 1 – Levemente 2 – Moderadamente 3 – Consideravelmente 4 – Extremamente

m) Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?

0 – Nada 1 – Levemente 2 – Moderadamente 3 – Consideravelmente 4 – Extremamente

Comentários:

2. Histórico do uso de outras drogas.

Aplicar as perguntas abaixo para cada droga (até duas caso haja uso abusivo de álcool, ou até três delas no total): Maconha, Sedativos, Cocaína / Crack, Estimulantes, Alucinógeno, Heroína, Metadona, Outros Opioides, Inalantes.

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco) – indicar qual droga: _____

a) Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?

b) Nos últimos 6 meses, qual a frequência de uso de quaisquer drogas e/ou abuso de medicação prescrita?

c) Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?

d) Quando você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas pela última vez?

e) Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas?
R\$ _____

f) Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco).

Nos últimos 30 dias:

Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? Como foi (foram)?

Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? Como foi (foram)?

Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? Fale a respeito.

Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?

Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?

g) Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?

0 – Nada 1 – Levemente 2 – Moderadamente 3 – Consideravelmente 4 – Extremamente

h) Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?

0 – Nada 1 – Levemente 2 – Moderadamente 3 – Consideravelmente 4 – Extremamente

i) Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?

0 – Nada 1 – Levemente 2 – Moderadamente 3 – Consideravelmente 4 – Extremamente

3. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das drogas e do álcool por pelo menos 1 ano? Como foi esse(s) período(s)?

a) Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?

4. Riscos para a Saúde

a) Alguma vez você se injetou drogas? [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV]

b) Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?

c) Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

d) Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?

5. Qual das substâncias listadas está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?

a) Qual das substâncias listadas está causando a você a segunda maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?

b) Qual das substâncias listadas está causando a você a terceira maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?

Comentários Adicionais:

IV. Aspectos legais

1. Você já teve algum problema com a Justiça? Fale a respeito (cometeu crimes, quando e como foram, que consequências houve; já houve prisões ou processos na Justiça, *status* com a Justiça atual).

2. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?

0 – Nada 1 – Levemente 2 – Moderadamente 3 – Consideravelmente 4 – Extremamente

Você gostaria de fazer algum outro comentário ou pergunta?

_____, _____ de _____ de 20_____

(nome e assinatura do entrevistador)

V. Impressões sobre o tratamento (Etapa Pós-CT)

1. Como você se sente atualmente ao final de seu tratamento?

2. Quando você iniciou seu tratamento, a que você atribuía suas dificuldades? (O que você achava que tinha causado sua situação?) Como você vê essa questão atualmente?

3. Quando você iniciou seu tratamento, o que você entendia por um tratamento para dependência química? Como você vê essa questão atualmente?

4. Que tipo de ajuda você esperava receber aqui? Quais eram as suas expectativas em relação ao serviço aqui oferecido? Como você vê estas questões atualmente?

5. De que forma você achava que seria dada essa ajuda? Houve diferenças em relação ao que você esperava? Fale a respeito.

6. Acha que este serviço pôde fornecer o tipo de ajuda que você estava buscando? Fale a respeito.

Você gostaria de fazer algum outro comentário ou pergunta?

_____, _____ de _____ de 20____

(nome e assinatura do entrevistador)

Anexo 5: Aprovação do Projeto junto ao Comitê de Ética da FFCLRP-USP

Andamento do projeto - CAAE - 0024.0.222.000-07					
Título do Projeto de Pesquisa					
Resultados do Tratamento da Dependência Química em uma Comunidade Terapêutica: Contribuições da Avaliação Psicológica					
Situação		Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP		03/08/2007 15:25:01	24/09/2007 16:56:05		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem	
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	03/08/2007 14:34:43	Folha de Rosto	FR149934	Pesquisador	
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	03/08/2007 15:25:01	Folha de Rosto	0024.0.222.000-07	CEP	
3 - Protocolo Aprovado no CEP	24/09/2007 16:56:00	Folha de Rosto	334/2007	CEP	

[Voltar](#)