

Camila Biribio Woerner

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA: do seu histórico ao  
acompanhamento de adolescentes - um estudo de revisão sistemática  
de literatura entre 2002 – 2013**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Coletiva. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fatima Buchele

**Florianópolis - SC  
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Woerner, Camila Biribio  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA: do seu histórico ao  
acompanhamento de adolescentes - um estudo de revisão  
sistemática de literatura entre 2002 e 2013 / Camila  
Biribio Woerner ; orientadora, Pátima Buchele -  
Florianópolis, SC, 2014.  
178 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Dependência  
Química. 4. Comunidade Terapêutica. 5. Revisão Sistemática.  
I. Buchele, Pátima . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.  
Título.







Aos meus pais, Bertino e Oneide. Pelo incentivo, apoio, confiança e amor incondicional. Este sonho realizado é nosso.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A **Deus**, em **Jesus Cristo**, pelo amor incondicional e salvação recebida imerecidamente. Agradeço a oportunidade, dons e talentos que possibilitaram que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, **Oneide e Bertino**. Por me incentivar e nunca me deixar desistir dos meus sonhos, incentivando e permitindo possibilidades, sou grata por todo amor e educação recebida ao longo da minha vida. Amo vocês imensamente.

A minha querida orientadora **Fátima**, fundamental neste processo. Faltam-me palavras para agradecer toda atenção dispensada, carinho, amizade, conhecimento, disponibilidade e confiança. Foste essencial em minha caminhada profissional e pessoal, sempre incentivando e me auxiliando a navegar de forma mais sensata neste “mundo” da dependência química. Muito obrigada pelo seu apoio e dedicação ao longo deste período e por me auxiliar a superar este desafio.

Ao meu namorado e melhor amigo **Murilo**, sempre presente e compreensivo mesmo nas horas difíceis e tensas ao longo deste projeto. Obrigada por estar sempre ao meu lado me incentivando em todos os meus sonhos, você é um presente divino na minha vida. Essa é uma vitória conjunta. Te amo, sempre.

Ao **Reni, Delly e Natan**, família que me acolheu de braços abertos durante o período do curso. Obrigada por ter aberto sua casa e seus corações, possibilitando que eu realizasse o curso, vocês foram e continuam sendo essenciais em minha vida.

Ao **CERENE**, na pessoa do Marcos e do Elcido, obrigada pela oportunidade e liberação ao longo do período do curso.



As **colegas do curso**. Pelo período que estivemos juntos, possibilitando a troca de conhecimento e de experiências, vocês foram fundamentais no meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional.

A todos os **professores** do decorrer do curso. Dedicção constante e presente foi uma marca neste período. Obrigado por compartilhar conhecimentos e experiências. Mais do que profissionais, contribuíram significativamente na formação de pessoas comprometidas. Em especial, aos professores da banca de qualificação que possibilitaram um olhar especial para o trabalho.

A **todos**, que aqui não cito nomes. Mas, sem dúvida, muitas pessoas contribuíram na realização deste projeto. De algum modo foram fundamentais em mais esta conquista da minha vida.



A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,  
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre  
aquilo que todo mundo vê.  
(Arthur Schopenhauer))



## RESUMO

A presente dissertação de mestrado trata-se de uma revisão sistemática de literatura sobre comunidades terapêuticas, seu histórico e atenção à adolescentes nessas instituições. Para tal utilizamos como protocolos de busca um descritor, que foi comunidade terapêutica, a partir de critérios previamente definidos nas bases de dados Lilacs, Ibecs, Medline e PubMed, no período de 2002 a 2013. A primeira das buscas com a temática comunidade terapêutica e atenção prestada aos adolescentes, originou um total de 7 (sete) artigos, após aplicados os critérios de exclusão e inclusão pré determinados. A segunda que diz respeito a temática histórico das comunidades terapêuticas selecionou 11 artigos. Também foi realizado a partir dessas buscas, um resgate histórico sobre o desenvolvimento das comunidades terapêuticas, do seu princípio até o atendimento a dependentes químicos. Os resultados dessa dissertação estudo estão dispostos em três artigos científicos, um deles denominado ***“Comunidades Terapêuticas: um resgate histórico”*** que abordou as questões cronológicas de desenvolvimento das CTs iniciais até o atendimento voltado, especificamente, para dependentes químicos. Observou-se a ausência de um aspecto de continuidade em tal metodologia de trabalho, não sendo possível identificar uma relação direta entre as CTs originais até o trabalho atualmente destinado para atendimento a usuários de SPA. O segundo artigo é intitulado ***“Comunidade Terapêutica para Adolescentes: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013”*** que abordou o modo como as CTs estão organizadas para o atendimento a adolescentes. Foi identificada a ausência de publicações sobre a temática e precária organização destes serviços voltados para o público adolescente, que em sua maioria, são muitos semelhantes ao atendimento voltado para adultos. O terceiro artigo é intitulado ***“Histórico de Comunidades Terapêuticas: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013”*** e abordou os aspectos do desenvolvimento das CTs, com foco em seu momento inicial e as formas de alteração no atendimento prestado ao longo dos anos. Percebeu-se uma discreta publicação sobre o tema, em sua maioria com origem no continente europeu e em nível nacional as publicações foram inexistentes.

**Descritores:** Adolescente, Revisão, Comunidade Terapêutica, Transtornos relacionados ao uso de substâncias, História.

## ABSTRACT

This study is a systematic review of literature about therapeutic communities, their historic and the attention to adolescents in these institutions. For this review was used as a search protocols, a descriptor, that was therapeutic community, based on criteria previously defined in the databases in the Lilacs, IBECs, Medline and PubMed, for the period 2002-2013. The first of searches with the subject "therapeutic community and the attention provided to adolescents" resulted in a total of 7 (seven) articles, after applied the inclusion and exclusion criteria previously determined. The second search that regards the historical theme of therapeutic communities resulted in 11 articles. It was also realized from these searches, a rescue about the development of therapeutic communities, since the inception until the care of drug addicts. The results of this study are arranged in three scientific articles, one entitled *"Therapeutic Community for Teens: a systematic review of the literature between 2002 and 2013"* that addressed how the Therapeutics Communities are organized for the care of adolescents. Was identified the absence of publications about the topic and the poor organization of these services geared towards the teen audience, which mostly are similar to many services oriented for adults. The second article is entitled *"Historic of Therapeutic Communities: a systematic review of the literature between 2002 and 2013"* and addressed aspects of the development of the Therapeutic Communities, focusing on their first moment and the changes in the ways to provided care over the years. It was noticed a slight publication on the subject, mostly originating in the European continent and national publications were not found. The third article is entitled *"Therapeutic Communities: a historic rescue"* that addressed the chronological of the development of the Therapeutic Communities until the care oriented specifically to drugs addicts. Was noted the absence of an aspect of continuity in such a methodology, it is not possible to identify a direct relationship between the original TCs until the work currently used to provide treatment to the users SPA.

**Keywords:** Adolescent, review, Therapeutic Community, Disorders related to substance use, history.

## APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “**Comunidade Terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes - um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002 – 2013**” é resultado da pesquisa do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, inserida na área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde, especificamente na linha de pesquisa em Saúde Mental, e estará estruturada em duas partes.

A primeira parte é constituída pela contextualização, justificativa e caracterização do objeto do estudo, conteúdo introdução, objetivos, fundamentação teórica e a metodologia utilizada. Para realização da fundamentação teórica foram utilizados literaturas e legislações representativas com relação à dependência química, o uso de SPA entre adolescentes e o atendimento em comunidades terapêuticas.

A segunda parte apresenta os resultados do estudo e a discussão por meio de três artigos científicos. O primeiro é intitulado “**Comunidades Terapêuticas: um resgate histórico**” que será submetido ao periódico PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. O segundo denomina-se “**Comunidade Terapêutica para Adolescentes: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013**”, que também será submetido ao periódico PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. E o terceiro artigo intitulado “**Histórico de Comunidades Terapêuticas: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013**”, que será submetido à revista Saúde e Sociedade para análise e posterior publicação.





## LISTA DE TABELAS

### PARTE II – Artigos Científicos

#### Artigo 2

Tabela 1 – Distribuição artigos selecionados conforme base de dados, 2002 – 2013.....	142
Tabela 2 - Artigos selecionados conforme país de publicação, 2002 – 2013.....	143
Tabela 3 - Distribuição dos artigos selecionados conforme autores, 2002 – 2013.....	144
Tabela 4 - Distribuição dos artigos selecionados conforme periódico, 2002 – 2013.....	145
Tabela 5 - Metodologia utilizada e período do tratamento estudado, 2002 – 2013.....	146
Tabela 6 – Artigos Incluídos - CT e Adolescentes.....	157

#### Artigo 3

Tabela 7 – Distribuição artigos selecionados conforme base de dados, 2002 – 2013.....	178
Tabela 8 - Artigos selecionados conforme país de publicação, 2002 – 2013.....	179
Tabela 9 - Distribuição dos artigos selecionados conforme autores, 2002 – 2013.....	180
Tabela 10 - Distribuição dos artigos selecionados conforme periódico, 2002 – 2013.....	181
Tabela 11 – Artigos Incluídos CT e Histórico.....	192

## LISTA DE FIGURAS

### PARTE II – Artigos Científicos

#### Artigo 2

Fluxograma 1 – Revisão Sistemática ..... 156

#### Artigo 3

Figura 1 - Distribuição dos artigos conforme ano de publicação, 2002 – 2013..... 177

Fluxograma 2 – Revisão Sistemática ..... 191

## LISTA DE QUADROS

### **PARTE I – Contextualização e características do estudo**

Quadro 1 – Critérios do CID para dependência de substâncias.....	59
Quadro 2 - Critérios do DSM – V para dependência de substâncias.....	60

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AA – Alcoólicos Anônimos  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CTs – Comunidades Terapêuticas  
DECS – Descritores em Ciências da Saúde  
DQ – Dependência Química  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SPA – Substância Psicoativa  
SUS – Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>PARTE I .....</b>	<b>49</b>
<b>1INTRODUÇÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>2OBJETIVOS.....</b>	<b>55</b>
<b>3FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>56</b>
3.1Dependência Química.....	56
3.2Uso de SPA entre adolescentes.....	63
3.3 Comunidade Terapêutica.....	66
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>69</b>
4.1Características do estudo.....	69
4.2 protocolos de busca.....	70
4.3Classificação e Análise dos Dados.....	70
4.4Dados Bibliométricos.....	72
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>74</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
<b>PARTE II .....</b>	<b>82</b>
<b>ARTIGO 1.....</b>	<b>83</b>
<b>ARTIGO 2.....</b>	<b>132</b>
<b>ARTIGO 3.....</b>	<b>168</b>







**PARTE I -  
Contextualização e características do estudo**

## 1 INTRODUÇÃO

O avanço da dependência química no mundo e no Brasil é uma realidade presente, tornando-se um problema de saúde pública e foco de diversas atuações de distintos órgãos públicos e ações da sociedade civil. O número de pessoas que são acometidas é crescente, sendo os impactos de tal, percebidos nos mais diversos contextos, extrapolando condição social, grau de instrução e/ou espaço geográfico.

Os dados epidemiológicos sobre o uso de drogas do Brasil são apresentados, em sua maioria, pelos relatórios desenvolvidos pela CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Um deles, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI, 2006), realizado em 2005, indica que a dependência de álcool e tabaco no Brasil tem expressado aumento. A dependência de álcool passou de 11,2% em 2001 para 12,3% em 2005, já a dependência de tabaco passou de 9% para 10,1%, respectivamente. No que diz respeito às outras drogas, conforme o comparativo do mesmo período anterior, as de maiores dependência são de maconha (1,0% e 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%), estimulantes (0,4% e 0,2%).

O VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio, de 2010, expressa que 25,5% dos estudantes referem uso na vida de alguma substância ilícita. Entre os estudantes participantes do estudo, 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no último mês. As drogas mais expressas pelos estudantes para uso no ano foram bebidas alcoólicas (42,4%), tabaco (9,6%), inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%).

Quando se trata do uso de drogas entre adolescente, especificamente, comparando os estudos realizados em 2001 e 2005 (CARLINI, 2002 e 2006), é possível perceber

que o consumo em tal nessa população é representativo. A dependência de álcool passou de 5,2% para 7,0% e a dependência de tabaco passou de 2,2% para 2,9%, nos anos de 2001 para 2005, respectivamente, cabendo sempre o destaque para a população masculina, que apresenta maiores índices de uso. Com relação a outras drogas, em comparativo do mesmo período, cabe o destaque para o aumento do uso de maconha (3,5% e 4,1%), solvente (3,4% e 3,4%) e estimulante (0,2 e 1,6%), entre os adolescentes.

Os efeitos de tal realidade são percebidos em diversos contextos. O número de internações decorrentes do uso drogas no Sistema Único de Saúde – SUS, no de 2007, foi de 138.585 internações, correspondendo a um percentual de 1,2% de todas as internações no país. Em Santa Catarina, este índice sobe para 1,8%. Com relação ao número de óbitos, aqueles associados a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas corresponderam, em 2007, a 5,4% do total de óbitos do período.

Na previdência social, os afastamentos decorrentes do uso de SPA, no mesmo ano, correspondem a 0,6% do total. E ainda, entre os anos de 2001 a 2007, houve a concessão de 5024 (cinco mil e vinte e quatro) aposentarias em decorrência de transtornos mentais e comportamentais associados ao uso da droga.

Seguindo a amplitude da dependência química, as formas de tratamento e atendimento de tal público também tende a ser extensa e variada. No Brasil, o atendimento as pessoas com transtornos ou sofrimentos decorrentes do uso de drogas é regulado pela Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que regulamenta toda a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS que gere o atendimento para tal público, considerando a necessidade de ampliação e diversificação de tais serviços (BRASIL, 2011a).

A portaria surge em decorrência da necessidade do atendimento de tal público pelo SUS, abarcando a necessidade já prevista em políticas, leis e regulamentações anteriores, com destaque para a Lei nº 10.216, de 6 de abril

de 2001 (BRASIL, 2001), que institui uma nova lógica sobre os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e, tirando-se o foco da internação de longa duração e institucionalização, redirecionando para um modelo assistencial em saúde mental.

A RAPS prevê, entre outras ações, o atendimento as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e segue, de forma específica, visando os cuidados de saúde para grupos vulneráveis (BRASIL, 2011a).

A presente portaria institui os componentes que são constituintes da rede, dentre estes, a Atenção Psicossocial Especializada, via os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS<sup>1</sup>. Outro componente da RAPS é a Atenção Residencial de Caráter Transitório, que se subdivide em: a) unidades de acolhimento e b) serviços de atenção em regime residencial, dentro as quais as *comunidades terapêuticas* objeto do nosso estudo. A regulamentação também prevê unidades de acolhimento específicas para o público infante juvenil.

Segundo a RAPS, as comunidades terapêuticas (CTs) são “[...] serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.” (BRASIL, 2011a, p. 7). As CT’s devem funcionar de forma articulada com a atenção básica, que presta o atendimento clínico geral, e com o CAPS, que é responsável pelo encaminhamento, acompanhamento e seguimento do cuidado dos pacientes, proporcionando assim o atendimento em rede.

---

<sup>1</sup> O CAPS é “[...] constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo” (BRASIL, 2011a).

Em sua maioria, as CT's se constituem enquanto instituições de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, que emanam do terceiro setor. Sua participação no SUS se dá de forma *complementar*, mediante realização de convênio com contrato de direito público, conforme previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988). No Brasil, estima-se que em algumas regiões cerca de 80% da população com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas é atendida em CTs (DAMAS, 2013).

Considerando a parcela representativa da população que é atendida em tais instituições entendemos como de fundamental importância obter uma maior compreensão sobre a forma de funcionamento destas. Para tanto, é necessário identificar seu histórico de desenvolvimento, raízes do trabalho, metodologia aplicadas e sua inserção na RAPS. Tais questões são de fundamental importância para conhecer e qualificar o serviço oferecido por estas instituições de modo a possibilitar o melhor atendimento dos usuários visando que suas reais necessidades sejam atendidas.

Do mesmo modo, o atendimento prestado ao adolescente nestas instituições também irá se constituir enquanto foco do presente, buscando vislumbrar quais são especificidades de tal público. Considerando o aumento do uso, abuso e dependência de SPA entre tal faixa etária (CARLINI, 2010) e suas especificidades.

O tema proposto também se justifica pela escassez de estudos e/ ou demais produções científicas sobre a temática comunidade terapêutica (FUSSINGER, 2011), principalmente em nível nacional. É inegável a necessidade de novas pesquisas que tenham como foco o estudo de tais instituições que atendem uma parcela importante da população e, não raro alvo de críticas acadêmicas. Para tal, um olhar acadêmico para essa questão, foi nosso propósito considerando sua importância e os impactos sociais que surgem a partir dessa demanda de atenção. Tais fatores, associados ao interesse pela temática, fomentaram a busca

por referências sistematizadas sobre a temática para uma melhor compreensão do atendimento prestado em comunidades terapêuticas para dependentes químicos. O estudo das publicações poderá contribuir com o conhecimento já existente, bem como, auxiliar de maneira significativa em nossas reflexões.

Partindo destes pressupostos, nosso estudo será constituído a partir dos seguintes objetivos:

## **2 OBJETIVOS**

- a) Realizar revisão sistemática das publicações de artigos científicos sobre comunidade terapêutica e a atenção prestada aos adolescentes, no período de 2002 a 2013;
- b) Realizar revisão sistemática das publicações de artigos científicos sobre a o histórico das comunidades terapêuticas no período de 2002 a 2013;
- c) Identificar e refletir sobre o histórico das comunidades terapêuticas em seu processo de desenvolvimento.
- d) Refletir no material pesquisado as especificidades, limitações, evidências, aspectos relevantes e contribuições das comunidades terapêuticas para o atendimento a dependentes químicos.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica do presente trabalho foi realizada a partir de revisão sistemática de literatura, utilizando-se da busca em quatro bases de dados (Lilacs, Ibecs, PubMed e Medline), no período de 2002 a 2013, em português, espanhol ou inglês. Após a identificação dos artigos estes foram classificados conforme proposto por Minayo (2010), sendo ordenação, classificação e análise. Assim foi possível o mapeamento do que diversos autores já discutiram sobre a temática, possibilitando identificar as lacunas existentes nos estudos prévios sobre o tema e vislumbrar a necessidade, ou não, do desenvolvimento de outras pesquisas.

Além da literatura atual, para ampliar os estudos, também incorporamos materiais e políticas públicas do Ministério da Saúde – MS e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD e referências científicas, tais como livros e artigos científicos de autores reconhecidos no meio acadêmico e científico com relação às temáticas de dependência química e comunidade terapêutica.

#### 3.1 Dependência Química

A palavra droga usualmente é utilizada como sinônimo de algo ruim, indesejável e causadora de efeitos negativos. No contexto do presente trabalho, utilizaremos a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define droga como “[...] qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais dos seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (NICASTRI, 2011, p. 18). Tais substâncias, que alteram o estado mental em decorrência de atuarem sobre o Sistema Nervoso Central – SNC, no



psiquismo, são então denominadas como substâncias psicoativas – SPA.

Tais substâncias são classificadas conforme sua atuação sobre o SNC, ou seja, o modo como irá afetar o comportamento da pessoa que faz uso e as modificações na atividade mental. Podendo ser classificadas como: **depressoras** (álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opióides, solventes ou inalantes), **estimulantes** (anfetaminas e cocaína), **perturbadoras** (maconha, alucinógenos, LSD, Ecstasy e anticolinérgicos), e ainda outras drogas como tabaco, cafeína e esteroides anabolizantes. Também podem ser classificadas como **lícitas** que podem ser comercializadas de forma legal, podendo conter ou não algum tipo de restrição e as chamadas **ilícitas** que possuem a comercialização proibida (NICASTRI, 2011).

A utilização de substâncias psicoativas é construída em conjunto com a narrativa da humanidade, sendo recorrente a utilização destas substâncias por diversos povos, ao longo da história, para atingir os mais diferentes objetivos. Ocorre que por vezes, alguns indivíduos acabam por ultrapassar o que se tem como aceitável socialmente com relação ao uso de tais substâncias, acarretando em prejuízos graves para sua saúde e para as relações sociais (MOTA, 2009). Cabe destaque que o uso de SPA necessariamente não irá acarretar em um quadro posterior de abuso ou dependência.

A diferenciação entre o uso, abuso e dependência de SPA se constitui enquanto uma linha tênue, sendo que o término de uma e início de outra não são claramente definidas, bem como, a passagem entre tais estágios. Sendo assim, realizar a identificação do uso problemático de SPA

se constitui enquanto uma tarefa ainda controversa, principalmente com relação à definição do que se constitui como normalidade e “anormalidade” do uso (PECHANSKY *et al*, 2004).

De forma sucinta pode-se entender o estágio de **uso** como a utilização esporádica de algum tipo de SPA, o **abuso** como um uso que acaba por ocasionar algum tipo de prejuízo, e a **dependência** encontra-se associada ao surgimento de vários problemas, bem como, a ausência de controle sobre o uso. Cabe ressaltar que não se pode afirmar que todas as pessoas que fazem uso chegaram ao estado de dependência, podendo estes manter um padrão de uso ocasional/ recreativo. Toda via, cabe ressaltar a existência de estudos que indicam que quanto mais cedo a exposição a SPA, maiores possibilidades de desenvolvimento de problemáticas com relação à dependência de SPA (FIGLIE *et al*, 2010).

Atualmente a dependência química é diagnosticada tomando como base os critérios definidos na Classificação Internacional de Doenças - CID (OMS, 1993), apresentando no Quadro 1, e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), exposto no Quadro 2. Abaixo, listamos os critérios para dependência de substâncias conforme estes padrões:

**Quadro 1 – Critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) para dependência de substâncias**

O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experimentados ou manifestados durante os últimos 12 meses:

- Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
- Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância e recuperar-se de seus efeitos.
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara das consequências manifestadas nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivos da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza da extensão do dano.

Fonte: LARANJEIRA; NICASTRI, 1996. Adaptado.

**Quadro 2 – Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM – V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) para dependência de substâncias**

**Dependência leve** - presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano.

**Dependência moderada** - presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano.

**Dependência grave** - presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano.

**Critérios**

- Uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado.
- Desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo.
- Gasto importante de tempo em atividades para obter a substância.
- Fissura importante.
- Deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso.
- Continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais.
- Restrição do repertório de vida em função do uso.
- Manutenção do uso apesar de prejuízos físicos.
- Uso em situações de exposição a risco.
- Tolerância.
- Abstinência.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. Adaptado.

Edwards e Gross (1976) também utilizam elementos-chaves para identificar a síndrome da dependência alcoólica, estes elementos podem ser utilizados para diagnosticar a dependência de outras drogas, são eles: estreitamento do repertório, saliência do uso, aumento da tolerância, sintomas de abstinência, alívio ou evitação dos sintomas, percepção subjetiva da compulsão para o uso e a reinstalação após a abstinência. O grande avanço destes conceitos de dependência é que eles ultrapassam o conceito moral da dependência química, não sendo esta mais considerada como apenas uma “falha moral”, mas sim adquirindo a perspectiva de transtorno. Com isto permite-se a realização de tratamentos que transcendam unicamente a “falta de caráter” como causador do uso abusivo de SPA (DUARTE; MORIHISA, 2011).

Com a dependência instalada, a droga passa a ter uma função de grande importância na vida do usuário de SPA. “[...] o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização, ocupando lacunas importantes e se tornando assim indispensável ao funcionamento psíquico daquele indivíduo” (SILVEIRA, 1996, p.9). Ou seja, ela passa a fazer parte da rotina, e ser necessária, sejam por questões físicas, psicológicas ou em decorrência das mais diversas vulnerabilidades sociais.

A relação que é construída entre o usuário e a SPA é muito forte, sendo colocado diante de determinada situação de condição onde o uso da droga se torna a possibilidade da alteração desta realidade. Diante da situação em que se está vivenciado, em conjunto com as vulnerabilidades sociais que se enfrenta na sociedade atual, para muitos, o uso de SPA, se constitui como um refúgio. Porém, depois de instalada a dependência, percebe-se que se pode ter fugido da realidade momentaneamente, mas a dependência acaba por causar reflexos em diversas áreas da vida do indivíduo (RANGEL, 2001).

Do mesmo modo que o uso de SPA causa reflexos nas diversas esferas da vida do dependente, também, são vários os fatores determinantes para o uso e possível, posterior, dependência. “[...] o fenômeno da toxicomania é resultando da conjunção da presença de drogas, com a dinâmica do indivíduo e do momento histórico cultural em que se dá o encontro” (GORGULHO, 1996, p. 160). São várias as questões envolvidas, se mostrando um quadro bastante complexo, com várias interfaces e interrelações, sendo fundamental a compreensão a respeito da complexidade de tal fenômeno, não sendo possível identificar as causas do uso/ abuso a partir de uma única e isolada perspectiva.

Relacionado ao consumo abusivo de SPA destaca-se o aspecto moral, por vez, até mesmo se sobressaindo as questões biológicas e sociais da dependência. Mota (2009) destaca o abuso de substâncias como uma “construção social”, visto a não possibilidade da pessoa de conviver dentro de determinadas “normas sociais” naquele momento. Além disso, o julgamento de valores e rotulação é presente, tornando a dependência química à configuração de pecado, crime ou doença.

O julgamento moral do usuário de SPA também é presente entre os profissionais de saúde que realizam o atendimento destes, seja diretamente no trato com os pacientes, ou mesmo pela da utilização de termos pejorativos na referência a estes. Visto, muitas vezes, a própria ausência de compreensão com relação à dependência química e suas particularidades (FIGLIE *et al*, 2010).

A dependência química se constitui enquanto uma doença multifacetada que perpassa as diversas áreas da vida do usuário e daqueles que o cercam. Trata-se de um conceito polissêmico que abrange aspectos biológicos, sociais e psicológicos, sendo assim denominada de um fenômeno biopsicossocial. A incorporação de fatores culturais, espirituais, sociológicos e psicológicos também são de

grande relevância com relação à causa, percursos e resultados do transtorno (BORDIN *et al*, 2010). Do mesmo modo, também ultrapassa as barreiras até mesmo nos campos de estudos, necessitando de um olhar interdisciplinar para o atendimento dos usuários e para o seu estudo.

### 3.2 Uso de SPA entre adolescentes

O uso de drogas por adolescentes<sup>2</sup> é uma questão tão complexa quanto o fato em si de ser/ estar adolescente. A adolescência é caracterizada por um período de mudanças e transformações tanto na questão corporal, relacional, psíquicas e busca pela definição de seu papel frente à família e sociedade, bem como, a construção e afirmação de autonomia e aceitação em determinado grupo social. Identificar as características próprias do período vivenciado, atreladas ao contexto social são questões centrais para melhor compreensão das atitudes e posturas tomadas pelos adolescentes (MORAES *et al*, 2010).

A adolescência possui características próprias e o uso/ abuso de drogas neste período peculiar da vida se constitui enquanto questão preocupante e que carece de atenção e cuidado. Considerando que quanto mais cedo o adolescente inicia a experimentação, há maiores probabilidades da expansão das variedades das substâncias utilizadas e aumento da quantidade, podendo evoluir para um quadro de abuso ou até mesmo dependência, embora tal fato não seja passível de generalização. Gerando assim, diversos reflexos na vida do adolescente, até mesmo, em

---

<sup>2</sup> Para o presente estudo, classificaremos o adolescente conforme previsto na legislação brasileira através do ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2005), Artigo 2º, **o indivíduo na faixa etária entre 12 e 18 anos**. Existem discussões com relação à aplicabilidade desta faixa etária e a possibilidade de variação desta. Tais questões não iram ser incorporadas no presente.

termos de transtornos psiquiátricos que podem vir a serem desenvolvidos, impactos familiares, sociais e escolares (FIGLIE *et al*, 2010, MORAES *et al*, 2010; SILBER, SOUZA, 1998).

No Brasil, o uso e dependência de SPA entre adolescentes é uma questão preocupante. Para além do senso comum, pesquisas científicas têm constado tal realidade. Em pesquisa realizada pela CEDRID em 2005, com adolescentes na faixa etária entre 12 e 17 anos, identificou-se o uso de álcool em 54% dos adolescentes e a dependência em 7%. O uso de maconha foi identificando entre 4,1% e de cocaína em 5% do público pesquisado. Outra questão preocupante foi que 57% classificaram como fácil a obtenção de maconha e 43,4% identificaram tal facilidade com relação à cocaína (CARLINI, 2006). Logo, o uso e dependência de SPA entre adolescentes se constitui enquanto uma questão que necessita de um olhar diferenciado.

Tal complexidade permite a leitura do uso de drogas pelos adolescentes sob diversos ângulos, tendo como base alguns estudiosos da temática. Entre estes citamos Gurfinkel (1979), que entende a dependência química no adolescente como a busca pelo prazer imediato e desmembramento dos pais e da infância. Dias (1979), apresenta como uma possibilidade que o adolescente vislumbra para a solução de problemas. E Papalia e Olds (1981) que acreditam também que a droga, para o adolescente, se mostra como “solução” em momentos de crise.

Mais do que questões de cunho individual ou familiar, há um componente social aqui colocado, bem como, a busca por “soluções” rápidas e pelo prazer imediato latente no modelo de sociedade atual. Baumann (2008) denomina como a “satisfação instantânea”, que se expressa mais fortemente em períodos de ausência de segurança em longo prazo, onde adiar o prazer não faz mais sentido. Características próprias da sociedade contemporânea. Neste



sentido, é possível obter um olhar expandido para o contexto social em sua totalidade e não somente de forma focalizada no indivíduo.

O uso de SPA entre adolescentes acarreta em diversos impactos na vida destes, seja a curto, médio ou longo prazo. Ainda que as complicações físicas demorem um período mais longo para se manifestarem, os transtornos psiquiátricos estão presentes em cerca de 89% dos adolescentes usuários de SPA. Os impactos também podem ser observados no contexto familiar, no ambiente escolar e social como um todo. O adolescente encontra-se em fase intensa de descobrimento e afirmação, assim, a apologia ao uso de drogas lícitas, socialmente disseminadas pela mídia e por vezes pela própria família, pode levar o adolescente à experimentação precoce de tais substâncias e posterior uso de drogas ilícitas (MORAES *et al*, 2010).

Considerando as particularidades da dependência química associadas a uma fase tal singular como se constituiu a adolescência, torna-se eminente a necessidade de tratamento especializado voltado para este público alvo, considerando suas distinções quando comparados a outros públicos. Segundo Moraes *et al* (2010) a aplicação de programas voltados para adultos quando aplicados a adolescentes não apresentam boa resolutividade. É necessário incorporar elementos próprios de tal faixa etária, considerando que este é público que ainda encontra-se em processo de construção de sua identidade, apresentam pouco apego às coisas do passado e desconhecem os prejuízos oriundos do uso de SPA. Fundamental é que estes desenvolvam habilidades para enfrentar a vida sem o uso de tais substâncias, desenvolvendo autonomia e assunção de responsabilidades dentro do período específico de suas vidas.

### 3.3 Comunidade Terapêutica

Existem diversas metodologias de tratamento para dependência química, dentre estes podemos citar o atendimento ambulatorial, psicoterapia, grupos de mútua ajuda, internação hospitalar, acolhimento em comunidade terapêutica, entre outros. Não temos como objetivo realizar uma avaliação destes serviços ou identificar qual deles se apresenta com maior resolutividade. Considerando os objetivos do presente trabalho nossa proposta é discutir a modalidade de tratamento das comunidades terapêuticas, de modo a conhecer tal modalidade de atendimento a partir dos estudos da revisão de artigos científicos no período estudado.

As comunidades terapêuticas têm suas origens no pós-guerra, por volta da década de 1950, na Inglaterra. Surgem dentro de hospitais psiquiátricos militares que atuavam na recuperação de soldados com traumas psiquiátricos decorrentes de guerra. A grande mudança de um hospital para uma comunidade terapêutica foi o modo de organização dos espaços, a postura dos pacientes e funcionários. A proposta foi oferecer um espaço democrático e propiciar às pessoas a possibilidade de tomar decisões e assumir responsabilidade, distanciando-se da postura passiva de paciente, tendo como foco o caráter educativo e desenvolvimento da autonomia (JONES, 1972).

Os elementos principais das CTs foram identificados pelo sociólogo Rapoport que estudou tais instituições na década de 50. São estes: democratização e humanização das relações, permissividade, confronto com a realidade, comunitarismo, profissionalismo questionado e participação das famílias (FUSSINGER, 2011; VANDELDE *et al*, 2004, WHITELEY, 2004).

As CT's devem possibilitar a criação de um espaço educativo visando à aprendizagem social (FRACASSO, 2001), possibilitando o empoderamento dos pacientes, com

objetivo que estes possam ser capazes de articular e decidir sobre suas próprias vidas, aumento suas participações dentro do próprio espaço de tratamento. (KENNARD, 2004). Durante o tratamento, os participantes focalizam nas intervenções sociais e aquisição de direitos e responsabilidades, são protagonistas de seu tratamento auxiliados por seus pares e profissionais de saúde (SABINO, CAZENAVE, 2005).

No tratamento em CT's é preconizada a visão da pessoa em sua integralidade, utilizando-se do espaço e dos pares como instrumentos terapêuticos. As questões familiares, educacionais e de saúde física e mental são adicionadas a proposta de tratamento. O processo histórico das CT's é complexo e cercado de percalços, o que é ainda mais verdadeiro nas CT's voltadas para o tratamento da dependência química. Sendo que ao longo do processo de desenvolvimento as CT's acabaram por ser tornar espaços de diversidades e com a proliferação de diversos modelos de atendimento o que acaba por dificultar a generalização destes espaços como um modelo unificado. O relacionamento entre os pares é um dos principais elementos terapêuticos (LEON, 2002).

Posteriormente tal metodologia foi ampliada para o atendimento de pacientes com outras patologias ou vulnerabilidades sociais como moradores de rua, presidiários e dependentes químicos. Possibilitando assim, em seguida, a divisão para públicos específicos como para adolescentes, mulheres, entre outros (DAMAS, 2013). A incorporação do atendimento inicial das CTS para o atendimento a dependentes químicos é bastante controversa e conta com lacunas em seu desenvolvimento histórico (LEON, 2002).

Um das grandes dificuldades de tal modalidade de atendimento diz respeito à utilização da denominação "comunidade terapêutica" de forma inadequada. Diversas instituições e propostas de tratamento acabam empregando tal designação sem um padrão com relação ao atendimento

prestado. Tal situação acaba por dificultar a avaliação de tais serviços, visto a discrepância no uso de tal nomenclatura (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; KENNARD, 2004).

No Brasil, as CT's são uma das formas de atendimento para dependência química, possuindo regulamentação própria para seu funcionamento, instituída pela Resolução 029/2011 da Agência Nacional Vigilância Sanitária – ANVISA. (BRASIL, 2011b), vinculadas aos SUS através da RAPS como serviço de saúde. Ainda que o trabalho desenvolvido pelas CTs no Brasil seja controverso e fruto de várias discussões e diversos discursos, no plano “Crack – é possível vencer” (BRASIL, 2012), as CT's são reconhecidas como dispositivos importantes no tratamento de grande parte da população que é acometida pelo abuso e dependência de SPA.

As CTs também realizam o atendimento para adolescentes, onde além das questões supracitadas e da legislação própria de tal serviços, é necessário incorporar as exigências específicas do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como, as peculiaridades de tal público. Inclusive, sendo o atendimento em CT's previsto no ECA (BRASIL, 2005) para situações específicas<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Art. 101 – VI. “Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas: [...] IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;” (BRASIL, 2005).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nosso percurso metodológico foi ordenado a partir das características do estudo, protocolos de busca, classificação e análise dos dados bibliométricos conforme descrito detalhadamente nos itens abaixo.

### 4.1 Características do estudo

A presente pesquisa se caracteriza enquanto uma revisão sistemática de literatura acrescentando-se oportunamente a utilização de aportes qualitativos na escolha dos temas centrais e de dados quantitativos na utilização de dados bibliométricos. Buscou-se a obtenção de maior entendimento sobre determinado assunto, procurando compreender aspectos da realidade para ampliar conhecimentos, propiciar familiaridade com o problema e realizar descrição de características destes.

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador ir além do relato de suas descobertas, mas sim, se constitui enquanto uma prática criativa e interpretativa, com foco na construção de suas interpretações (DENZIN. LINCOLN, 2006). A escolha pela utilização desses desenhos de pesquisa ocorre devido às particularidades do objeto do presente trabalho.

Para alcançar os objetivos propostos, realizamos uma revisão sistemática. Literatura (TURATO, 2005). Esse processo constitui-se pelo levantamento dos artigos científicos publicados sobre a temática a ser estudada em revistas indexadas nas bases de dados pesquisadas. A revisão de literatura tem como objetivo possibilitar o conhecimento sobre as publicações sobre a temática estudada, bem como, realizar uma análise crítica destas.

Considerando a aproximação com a temática foram realizadas pesquisas nas bases de dados que seguem: a) PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), b) Medline (Medical Literature Analysis and

Retrieval System Online), c) IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), d) Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A definição do recorte cronológico ocorreu para realização da dissertação foi realizada com base na utilização da metodologia intitulada história do tempo presente. Segundo FERREIRA (2000, p.9) o tempo presente pode ser conceituado como o período “[...] durante o qual se produzem eventos que pressionam o historiador a revisar a significação que ele dá ao passado, a rever as perspectivas, a redefinir as periodizações, isto é, a olhar, em função do resultado de hoje, para um passado que somente sob essa luz adquire significação.”.

Com relação as bases de dados, estas foram escolhidas em decorrência de sua relevância científica, relação com a temática pesquisada e possibilidade de incluir literatura em nível mundial. As bases de dados foram escolhidas considerando que estas representam o que há de mais atual e relevante sobre a temática, sendo possível por meio delas alcançar os objetivos propostos.

#### 4.2 Protocolos de Busca

Os artigos pesquisados foram os publicados no período entre 2002 a 2013, escritos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. Os estudos que não se enquadrarem em tais critérios (língua e período) foram excluídos. A inclusão dos artigos ocorreu após a leitura de seus títulos e resumos, sendo selecionados aqueles que tratavam da temática estudada.

Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que se constituíam enquanto revisão de literatura, os sem resumos, os não relacionados à temática estudada, que não tratavam exclusivamente da temática estudada, estudos que não foram possíveis acessar o texto na íntegra (mesmo após contato com autor). Os artigos incluídos foram os que atendiam aos critérios de serem constituídos enquanto

estudos que abordavam a temática de Comunidade Terapêutica de forma relacionada com adolescentes e abuso de SPA OU aspectos históricos, de forma relacionada, no período proposto.

Na base de dados PubMed, acessada no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, utilizamos os descritores "*Substance Abuse Treatment Centers*"[mesh] AND "*Therapeutic Community*"[mesh] (somente em inglês).

Na base de dados Medline acessada no site da BIREME – Biblioteca Virtual de Saúde, [www.bireme.br](http://www.bireme.br), utilizamos os descritores “*Comunidade Terapêutica*” (português), “*Comunidad Terapéutica*” (espanhol) e “*Therapeutic Community*” (inglês).

Na base Lilacs, utilizamos os mesmos descritores anteriores. Assim como no IBECs, base de dados acessada no site da BIREME.

Por uma questão metodológica optamos por uma busca mais ampla nas bases de dados, somente utilizando o descritor “*comunidade terapêutica*”, sem utilizar, em conjunto, os descritores “*adolescente*” ou “*/história*”, desta forma foi possível o alcance de resultados mais amplos, classificando posteriormente os artigos dentro das temáticas definidas pelas pesquisadoras.

#### 4.3 Classificação e Análise dos Dados

Por questões metodológicas, após a identificação inicial dos artigos dividimos a revisão sistemática em dois momentos. Inicialmente verificamos dentre os artigos encontrados aqueles que tratavam sobre a temática “Comunidade Terapêutica e Adolescentes”, e em um segundo momento, os que tratavam do “Histórico das Comunidades Terapêuticas”. Para tanto, realizamos uma nova leitura dos títulos e resumos com base em tais critérios, classificando aqueles que tratavam de cada temática de forma específica, excluindo-se os demais. O modo como ocorreu a inclusão dos artigos pode ser melhor visualizado

a partir do Fluxograma 1 (página 108), para a temática CT e adolescentes e no Fluxograma 2 (página 119), para a temática Histórico das CTs.

A classificação e análise dos materiais encontrados foram realizadas conforme proposto por Minayo (2010), adaptado a proposta de revisão sistemática. Inicialmente realizamos a **ordenação** dos estudos encontrados, construindo uma tabela que nos fornecesse o panorama geral do material encontrado (Tabela 6 – página 95 e 11 – página 120). Em seguida, a **classificação** dos artigos encontrados conforme a temática principal trazida por estes e posteriormente a definição do tema dentro dos quais se enquadrariam. A **análise** foi realizada a partir destes temas, em conjunto com a literatura pertinente, respondendo aos objetivos da pesquisa. As categorias foram construídas a partir da leitura dos artigos classificados.

#### 4.4 Dados Bibliométricos

Utilizamos da abordagem quantitativa para realizar a análise das publicações selecionadas a partir dos dados bibliométricos encontrados. A utilização de dados bibliométricos se caracteriza por um tipo de estudo que tem como objetivo observar a evolução do conhecimento e da literatura produzida. Possibilitando assim medir o impacto das publicações, a cobertura das revistas e a disseminação das informações. Embora, não são necessariamente indicadores de qualidade da produção científica (ARAÚJO *et al*, 2000; ARAÚJO, 2006; SILVA, MARTIN, BECKER, 2011).

Logo, avaliam os aspectos quantitativos da produção intelectual, a bibliografia de um determinado campo temático, tamanho e categoria dos acervos encontrados. A análise dos dados bibliométricos será utilizada nos artigos 2 e 3, intitulados a seguir, que dizem respeito a uma revisão sistemática. Serão avaliados os quesitos: base de dados, ano



publicação, autores, país de publicação, revistas indexadas e metodologia utilizada.

Além dos artigos construídos a partir das revisões sistemáticas descritas anteriormente, também foi desenvolvido um artigo histórico. Este teve como objetivo buscar o resgate do processo de desenvolvimento histórico das comunidades terapêuticas por meio da utilização dos estudos encontrados na revisão sistemática citada anteriormente em conjunto com outras literaturas de referência sobre a temática. Para tanto, foi realizada a leitura exaustiva de todo este material, a extração das informações relevantes e aglutinação destas em um único artigo intitulado (1) *Comunidades Terapêuticas: reflexões a partir de um resgate histórico*.

A utilização da metodologia anteriormente descrita possibilitou a construção dos seguintes artigos (2) *Comunidade Terapêutica para Adolescentes: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013* e

(3) *Histórico de Comunidades Terapêuticas: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013*.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados dos estudos e suas discussões serão apresentados no formato de três artigos científicos. O primeiro artigo se intitula **Comunidades Terapêuticas: um resgate histórico**, o segundo **Comunidade Terapêutica para Adolescentes: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013** e o terceiro **Histórico de Comunidades Terapêuticas: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013**.

## 6 REFERÊNCIAS

ADAMS, John. **Nursing in a therapeutic community: the Fulburn experience, 1955 – 1985.** *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2009, p. 2747 – 2753.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5.**, 2013.

ARAÚJO, Carlos Alberto. **Bibliometria: evolução histórica e questões atuais.** Em *Questão*. Porto Alegre, Volume 12, n 1, p. 11 – 32. Jan/ Jun 2006

ARAÚJO, W. T.; FREIRA, B. M. J.; AUTRAN, M. de M. M.; FERNANDES, J. C.; PEREIRA, R. G. **Meta-análise das dissertações do curso de mestrado ciência da informação UFPB: 1990-1999.** *Revista Informação e Sociedade: estudos*. João Pessoa, v. 10, n. 1, 2000.

BAUMAN, Z. A **Sociedade Individualiza: Vidas contadas e histórias vividas.** Rio de Janeiro: Jorge Gradel, 2008.

BORDIN, Selma *et al.* **Sistemas Diagnósticos em Dependência Química – Conceitos Básicos e Classificação Geral.** In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química.** 2 ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 3-13.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Secretaria Especial de Direitos Humanos; Ministério da

Educação, Assessoria de Comunicação Social – Brasília: MEC, ACS, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2001.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n. 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de ago. 2011 b.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política Contra Drogas. **Crack, é possível vencer:** compromisso de todos. Brasília, 2012.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001.** São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005/ São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. L. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD, 2010, p.503.

DAMAS, Fernando Baldevi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão Institucionalização e Relevância Social.** Revista Saúde Pública de Santa Catarina. Volume 6, nº 1, 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. e outros. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa – Teorias e Abordagens.** Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, C. A. **O que se Mexe a Parar. Estudos sobre a droga.** Porto: Afrontamento, 1979.

DUARTE, Cláudio Elias; MORIHISA, Rogério Shigueo. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. IN: SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

DUARTE, Paulina dos Carmo Arruda Vieira *et al.* **Relatório brasileiro sobre drogas.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; Brasília: SENAD, 2009. 364p.

EDWARDS, G; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do Alcoolismo: um guia para os profissionais de saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, Petrópolis, v.94, nº 3, p.111-124, maio/jun., 2000.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010

FRACASSO, L. Características de uma Comunidade Terapêutica. In: SERRAT, S. M. (org.) **Drogas e Álcool: prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001. p. 272-289.

FUSSINGER, Catherine. 'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II. *History of Psychiatry*, 22 (2), 2011, p.146 – 163.

GORGULHO, M.(org.) **Dependência e assistência às toxicomanias**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 1-13.

GURFINKEL, D. Introdução a uma abordagem psicanalítica da questão das drogas na adolescência. In: RAPPAPORT, C. R. (org). **Adolescência: abordagem psicanalítica**. São Paulo: EPU, 1993.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Tradução de Lúcia de Andrade Figueira. Petrópolis: Vozes, 1972.

KENNARD, David. **The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings.** *Psychiatric Quarterly*, Volume 75, nº3, 2004, p. 295 – 307.

LAHLOU, S. **Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier.** *Papers on Social Representations*, 20 (38), 2012, 1.-7.

LARANJEIRA, Ronaldo; NICASTRI, Sérgio. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de Psiquiatria.** 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 1996. Cap 7, p. 83 -112.

LEON, George de. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método.** 4 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010.

MORAES, Edilaine *et al.* Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas na Adolescência. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química.** 2 ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 377- 394.

MOTA, Leonardo. **Dependência Química e Representações Sociais: Pecado, Crime ou Doença.** Curitiba: Juruá, 2009.

NICASTRI, Sérgio. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **O Mundo da Criança**. São Paulo: McGraw-Jill, 1981.

PECHANSKY, Flavio *et al.* **Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos**. Revista Brasileira de Psiquiatria. Volume 26, Suplemento I, 2004

RANGEL, E. R. O processo terapêutico na Comunidade Terapêutica. In: SERRAT, S. M. (org.) **Drogas e Álcool: prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001. p. 290-306.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. **Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. Estudos de Psicologia. Vol 22, nº 2, abr/ jun 2005.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4 ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

SILBER, Tomás José; SOUZA, Ronald Pagnocelli de. **Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se saber e o que se pode fazer**. Adolescência Latinoamericana, Volume 1, nº3, out/ dez 1998.

SILVA, Ana Maria Farias da; MARTINI, Jussara Gue; BECKER, Sandra Greice. **A teoria das representações sociais nas dissertações e teses em enfermagem: um**



**perfil bibliométrico.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, Volume 20, nº2, abr/ jun 2008.

SILVEIRA, D. X. Dependência: de que estamos falando, afinal? In: FILHO, D. X. S; GORGULHO, M.(org.) **Dependência e assistência às toxicomanias.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 1-13.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus métodos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública. Vol 39, nº3, 2005, p. 507 – 514.

VANDEVELDE, Stijn; BROEKAERT, Eric; YATES, Rowdy, KOOYMAN, Martien. **The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the ‘democratic’ Maxwell Jones TC and the hierarchical Concept-Based TC in prison.** International Journal of Social Psychiatry, Volume 50 (1), 2004, p. 66 – 79.

WHITELEY, Stuart. **The evolution of the therapeutic community.** Psychiatric Quarterly, Volume 75, nº3, 2004, p. 233 – 248.

**PARTE II -  
Artigos Científicos**

## Artigo 1

### *Comunidades Terapêuticas: um resgate histórico*

Camila Biribio Woerner<sup>4</sup>

Fatima Büchele<sup>5</sup>

#### **Resumo**

O presente estudo teve como objetivo conhecer o desenvolvimento cronológico e histórico das instituições denominadas comunidades terapêuticas, com foco para aquelas que prestam atendimento aos dependentes químicos. Os elementos centrais das CTs identificados foram o comunitarismo, achatamento da hierarquia, desenvolvimento de relações democráticas, sentimento de pertença, desenvolvimento da autonomia, relacionamento entre os pares e a ampliação da comunicação. Em seu desenvolvimento, as CTs passaram a incorporar outros princípios que não apenas os inicialmente propostos que foram os relativos ao atendimento aos soldados oriundos da guerra nos hospitais militares, na Inglaterra, na década de 40. A utilização da nomenclatura “comunidade terapêutica” de forma indiscriminada foi identificada como um dos principais dificultadores para a avaliação de tal modalidade de atendimento. A realização do presente estudo promoveu a sistematização de informações importantes sobre as mesmas no que diz respeito a sua forma de organização e metodologia de trabalho, contribuindo para a qualificação de suas atividades e compreensão de seu desenvolvimento ao longo dos anos, até a implementação das CTs para o

---

<sup>4</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>5</sup> Professora Associada do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – Orientadora da Pesquisa

atendimento aos portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

**Descritores:** História, Comunidade Terapêutica, Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

## *Therapeutic Communities: a historic rescue*

### **Abstract**

The present study aimed to understand the chronological and historical development of institutions called therapeutic communities, with a focus for those who provide care to drugs addicts. The core elements of the TCs were identified as communitarianism, flattening the hierarchy, development of democratic relations, sense of belonging, autonomy development, and relationship among peers and the expansion of communication. In its development, therapeutics communities started to incorporate other principles that not only the originally proposed, that were those related to care for soldiers coming of war in military hospitals in England in the 40s. The utilization of the nomenclature "therapeutic community" so indiscriminate was identified as one of the major difficulties to the evaluation of this type of care. The realization of this study promoted the systematization of important information about the same as regards its form of organization and work methodology, contributing to the quality of its activities and understanding of its development over the years, until the implementation of therapy communities to care for patients with disorders arising from the use of alcohol and other drugs.

**Keywords:** History, Therapeutic Community, Disorders related to substance use.

## **Introdução**

A natureza dos transtornos mentais e as diversas metodologias proposta para o seu tratamento encontram-se em processo de constantes mudanças e (re) adequação as necessidades da sociedade vigente. Historicamente vem se buscando propostas diversificadas e inovadoras para o atendimento a tal público, de forma a proporcionar a tratamentos adequados e que estejam em consonância com as necessidades e expectativas que esses transtornos exigem. Neste contexto, o atendimento as pessoas com os transtornos relativos ao uso/abuso de substâncias psicoativas – SPA também se constitui enquanto um desafio e ao mesmo tempo uma necessidade cada vez mais presente.

A expansão do uso, abuso e dependência de SPA tem se tornado uma realidade presente produzindo implicações negativas no todo da conjuntura social. Seus efeitos acarretam prejuízos relevantes nas questões de saúde, segurança pública, qualidade de vida e nos aspectos relacionais, econômicos e sociais de forma geral. No Brasil, estudos epidemiológicos revelam aumento no uso de SPA, tanto com relação a drogas lícitas como ilícitas, em diversas faixas etárias (CARLINI, 2002, 2006, 2010). Tal situação causa preocupação e exige a ação efetiva por parte da esfera governamental como ações por parte da sociedade civil o que parece acontecer de forma singela.

O atendimento para tal público no país é regulado através da Portaria nº 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Segundo tal legislação, o atendimento desta população será referenciado ao CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, sendo que os usuários podem ser encaminhados para outros serviços disponíveis na rede, se houver necessidade e se assim for do entendimento da equipe técnica.

Entre outros serviços, a rede prevê a existência de unidades de acolhimento e nestas encontram-se os serviços de atendimento em regime residencial, dentre as quais as comunidades terapêuticas, que são definidas como “[...] serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis” (BRASIL, 2011, p. 7).

Logo, a população que necessitar pode vir a ser atendida em CTs a partir da metodologia de trabalho por estas oferecidas. Tais instituições são regulamentadas nacionalmente por meio de Resolução 029/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2011 b). No Brasil, estima-se que em algumas regiões cerca de 80% da população que sofre de transtornos decorrentes do uso/abuso de álcool e/ou outras drogas é atendida em tais instituições (DAMAS, 2013).

Considerando a parcela expressiva da população que é atendida em CTs é de extrema importância conhecer as raízes, os movimentos históricos e metodologias que influenciaram a criação das CTs até a sua constituição para o atendimento para dependentes químicos, como forma de identificação, avaliação e qualificação destes serviços.

O presente estudo tem como objetivo conhecer o desenvolvimento cronológico e histórico das instituições denominadas comunidades terapêuticas, com foco para aquelas que prestam atendimento aos dependentes químicos. Entendemos que identificar as demais modalidades de atendimento oferecidas pelas CTs e seus elementos principais, construídos historicamente é de suma importância para que possamos contextualizar esses dados posteriormente com outros estudos. Desta forma esse regaste do histórico das comunidades terapêuticas e seu processo de desenvolvimento, tem como foco o atendimento voltado a usuários de SPA.

Realizamos inicialmente uma revisão sistemática visando selecionar os materiais mais representativos para o

estudo. As bases de dados utilizadas foram: Lilacs, Ibes, Medline e PubMed, utilizando-se do descritor “comunidade terapêutica” para as três primeiras bases e *Substance Abuse Treatment Centers* “[mesh] AND “Therapeutic Community” [mesh] para a última. Os protocolos de busca tiveram como base estudos sobre a temática “comunidade terapêutica”, que discutiram o viés histórico de tais instituições, no período de 2002 – 2013, escrito em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. Utilizamos, para seleção do recorte cronológico a metodologia da história do tempo presente, que se constitui enquanto um determinado período de tempo que produz eventos que levam o pesquisador, entre outros aspectos, a revisar a significação os eventos ocorridos anteriormente (FERREIRA, 2000).

Foram identificados um total de 301 artigos. Dentre estes, 290 foram excluídos. A saber, 128 artigos excluídos por não estarem relacionados com a temática estudada, 18 por não possuírem resumo, 13 por se tratar de revisão de literatura, 11 por não tratarem da temática de forma exclusiva, 2 artigos pela não possibilidade de ter acesso ao texto íntegra, mesmo após diversas tentativas e contato com os autores sem retorno, 18 artigos excluídos pela duplicidade entre as bases de dados e 100 artigos excluídos por tratarem da temática comunidade terapêutica mas sem o viés histórico necessário para o presente. Resultado em um total de 11 (onze) artigos utilizados.

Paralelamente utilizamos literaturas reconhecidas no meio acadêmico e científico como referência para a temática discutida, são eles os autores Leon (2003), Jones (1972), Figlie; Bordin; Laranjeira (2010), entre outros. Com posse destes materiais realizamos a leitura exaustiva dos mesmos, extraindo as questões principais dos referenciais e refletindo com relação ao histórico das CTs e seu desenvolvimento. Também utilizamos leituras complementares sobre temáticas paralelas para fins de contextualizar o tema.



Após a extração e reflexão de tais informações principais foi desenvolvido o presente trabalho objetivando a construção de um resgate histórico, visualizando aspectos cronológicos e do desenvolvimento das CTs, com olhar direcionado para o atendimento a dependentes químicos.

## **Desenvolvimento**

O estudo da temática e do histórico das instituições intituladas “Comunidade Terapêutica” (CT) constitui-se enquanto um desafio, principalmente pela ausência de estudos e publicações aprofundadas sobre tal temática (FUSSINGER, 2011) e por se apresentar de forma complexa e obscura (MILLS; HARRINSON, 2007). A noção de CT, desde sua criação, é genérica e bastante elástica, o que acaba por muitas vezes a prejudicar o entendimento e a definição da mesma, englobando assim uma grande quantidade de instituições e trabalhos desenvolvidos sob moldes semelhantes, embora sem um padrão de elementos essenciais definidos.

A disseminação de vários trabalhos que adotaram tal nomenclatura, sem a inclusão de protocolos de atendimentos determinados, acabou por dificultar a avaliação da eficiência geral desta proposta (LEON, 2003). E ainda, a CT não se constitui enquanto um conceito estático, mas altera-se ao longo do tempo. Sendo assim, apresenta-se como um conceito de difícil definição e avaliação (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; KENNARD, 2004).

Ao longo da história, já em seu princípio, o conceito de comunidade terapêutica foi utilizado de forma bastante irregular e sem muito cuidado, sendo atribuído a diferentes trabalhos, conforme os responsáveis das instituições entendem-se como propício para o momento. Sendo o conhecimento de tal modelo repassado de forma bastante informal, em sua maioria verbalmente e ausente os registros oficiais. Ao que parece, a adoção do conceito de

CT ficou a “disposição” dos responsáveis de instituições psiquiátricas, que ao visitarem trabalhos de CTs consolidadas, procuram modelar-se a tais propostas, sem muitos critérios metodológicos (FUSSINGER, 2011).

Para fins do presente trabalho iremos utilizar a definição de CT proposta por Fussinger (2011) que afirma que a noção do trabalho destas instituições diz respeito às diversas formas de humanizar o atendimento as pessoas, por meio da ampliação e diversificação das atividades oferecidas, reduzindo as práticas de confinamento e restrições, em conjunto, com a busca por reestabelecer as ligações com o mundo exterior com passeios, visitas e incentivo ao contato e convívio com os familiares.

Neste sentido, as CTs podem ser classificadas como espaços que buscam a democratização das relações entre profissionais e pacientes, utilizando-se da busca pela manutenção e/ou reconstrução com o mundo exterior por meio de atividades diferenciadas, consolidação da autonomia e contatos familiares (FUSSINGER, 2011).

Ao mesmo tempo se constituem enquanto um espaço criativo, de lazer e para atividades, como salas de arte ou espaços para desenvolvimento de atividades físicas, um espaço físico para comer, dormir e atividades de trabalho, e ainda, um espaço psíquico, com sua organização, regras e expectativas. Formado um ambiente físico, social e psicológico que proporcione as pessoas o conhecimento de sua situação e a possibilidade de (re) apreender a conviver com seus pares. (MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004).

As CTs apresentam como objetivo principal desligar-se da visão tradicional do atendimento hospitalar, na promoção de um ambiente que permita a tomada de decisão de forma conjunta, com assunção de responsabilidade por todos os envolvidos. São datadas do período pós Segunda Guerra Mundial, por volta da década de 1940 (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011, LEON, 2003), sendo consideradas, dentro da história da psiquiatria,

umas das inovações mais significativas (MILLS; HARRINSON, 2007).

Whiteley (2004) argumenta que as comunidades terapêuticas não foram fenômenos inteiramente novos e que há registros de métodos semelhantes já durante o período entre as duas guerras mundiais, visando principalmente o atendimento de jovens tidos como “delinquentes”. E ainda, segundo Mills e Harrinson (2007), as primeiras comunidades terapêuticas psiquiátricas tiveram seus antecedentes em escolas residenciais para adolescentes “perturbados”, por volta da década de 1920, na Europa e nos Estados Unidos. Sendo assim, há um histórico anterior a este método de atendimento que necessita ser considerado.

O tratamento da saúde mental, historicamente, se constituiu enquanto um desafio, sendo diversas as propostas para atendimento de tal público. Muitas vezes, o tratamento efetivo foi substituído pela contenção destes pacientes em locais específicos, de modo a simplesmente “esconder” tais pessoas do convívio social e das consequências deste (ADAMS, 2009).

Neste sentido, Foucault (2005) aponta que o atendimento em saúde mental, os então hospitais psiquiátricos, no século XVIII na França se constituíram enquanto um aparelho de “correção” do indivíduo. “Nesta época, quando alguém era internado, tratava-se sempre de um indivíduo marginalizado em relação à família, ao grupo social [...] alguém que não estava dentro da regra e que se tornava marginal por sua conduta [...]” (FOUCAULT, 2005, p. 113) Ainda que o efeito acaba-se por ser a exclusão tais instituições tem como objetivo primeiro “normatizar” os indivíduos. Outras instituições, tais como escolas, prisões e até mesmo fábricas passaram a utilizar-se da função corretiva para “moldar” os indivíduos para o alcance de determinados objetivos, em alguns momentos, com objetivos até mesmo punitivos. Todavia, com o passar dos anos os hospitais passaram a se adaptar as novas necessidades

colocadas socialmente e pelas pessoas atendidas (POTER, 2004).

Paralelamente, podemos observar que as tentativas de humanizar os atendimentos na saúde mental também têm indicações de períodos próximos. Em 1792, Phillipe Pinel, na França, liberou alguns de seus pacientes na busca por um tratamento mais humanitário dos doentes. No mesmo período, na Inglaterra, também houve mudanças no tratamento a doentes mentais, na construção de um hospital voltado para este público específico com princípios humanitários, buscando o respeito às pessoas e o desenvolvimento de relações amigáveis, o que foi denominado como tratamento moral (WHITELEY, 2004). O tratamento moral encontrava-se relacionado com a questão de revitalização dos manicômios e criação e instalação de atendimentos de bases comunitárias (KENNARD, 2004).

Outras instituições médicas, na Inglaterra e na América, buscaram seguir a proposta de humanização das relações, na primeira metade do século XIX. Ações simples foram adotadas, como por exemplo, os dirigentes das instituições realizarem as refeições em conjunto com os pacientes, como forma de humanizar as relações e achatar a hierarquia presente nestes espaços (WHITELEY, 2004).

Algumas dessas ações na primeira metade do século XIX, na Europa, foram de grande importância para o desenvolvimento de tal modelo de atendimento. Whiteley (2004) destaca algumas delas como: a interação entre o líder e o grupo ao mesmo nível; o fator curativo que se encontra mais na participação do grupo do que na atividade em si; a responsabilidade imputada às pessoas, auxiliando na diminuição do papel de doente e ampliação da autonomia; a recompensa positiva a mudança de comportamento sendo mais eficaz do que as sanções negativas; e que o paciente deve ser colocado como coparticipante de seu processo de tratamento e não como a doença sendo algo alheio a este.

No período compreendido entre as duas guerras mundiais houve uma série de experimentos de comunidades residências de curto prazo, com enfoque de reestruturar atitudes e comportamentos. Em sua maioria o atendimento era voltado para moradores de rua e jovens infratores (WHITELEY, 2004). Há registro de uma CT para crianças e adolescentes, datada de 1913, na Inglaterra, embora a terminologia de comunidade terapêutica, para trabalho com crianças e adolescentes, tenha sido usada somente anos depois (KENNARD, 2004).

Segundo Harrison, citado por Whiteley (2004) e Mills e Harrinson (2007), o termo “Comunidade Terapêutica” já havia sido utilizado anteriormente, em uma de suas palestras, em 1939, por Harry Stanck Sullivan. Segundo ele, em tal forma de atendimento, o objetivo principal do hospital seria a socialização das pessoas, aumento da capacidade de relacionamentos e fornecer subsídios para instrumentalizar o pacientes a conviver uma vida estável na sociedade. Em seu sentido contemporâneo, o termo comunidade terapêutica foi utilizado em um artigo do renomado psiquiatra inglês Tom Main, escrito em 1946.

Embora as propostas de acolhimento identificadas no período inicial se constituíssem de forma semelhante, todas elas parecem ter surgido de forma independente, havendo pouca troca ou comunicação entre estas.

Mill e Harrison (2007) indicam que a CT tem seu histórico firmado em uma mudança de visão dentro da psiquiatria, onde se percebeu que dentro das instituições a democracia era muito mais efetiva do que a autoridade. Segundo os autores, o controle social se daria a partir do próprio indivíduo, reconhecendo seus desejos e motivações. Sendo assim, as CTs teriam uma base significativa na teoria psicanalista da Grã-Bretanha do período de 1920 a 1930.

Tal modalidade de atendimento é parte integrante da “terceira revolução” da psiquiatria, que surgiu dentro da profissão na década de 1950, considerando que o objetivo final da psiquiatria deveria ser auxiliar as pessoas a

conviverem em sociedade, ainda que a sociedade não seja “treinada” para receber a estes. E ainda, a alteração do uso de terapeutas individuais para uma abordagem de cunho social, na utilização de métodos grupais (LEON, 2003; MILLS; HARRINSON, 2007).

Considerando as questões supracitadas não pode se compreender o surgimento das CTs de forma isolada, pois houve modelos anteriores que acabaram por contribuir com a sua formação, bem como, o período histórico no qual elas surgiram também foi de fundamental importância. Conforme Whiteley (2004), ainda que as CTs tenham as experiências do Reino Unido indicadas como seu berço, talvez a verdadeira semente do surgimento deste método de tratamento que vise à humanização já esteja presente na sociedade. Ou seja, a busca pela humanização estaria na própria sociedade e instituições como as CTs poderiam ser classificadas como a concretização, por meio de ações, de tal viés “humanizador” da sociedade.

Assim, a CT não seria apenas um método especializado de tratamento psiquiátrico, mas uma tendência democrática da humanidade. Leon (2003) afirma que o protótipo de tal modalidade de atendimento é antigo, presente em diversas formas de atendimento e apoio comunitário, o que ocorreu em 1940, foi à oficialização de tal proposta. Ações de ajuda, ensino e apoio comunitário já estavam latentes na sociedade anteriormente a este período.

As CTs surgem, dentro deste contexto, enquanto uma experiência “inovadora” no período de 1939 – 1950, com experimentos feitos por psiquiatras reformistas, psicanalistas e psicólogos sociais, em hospitais psiquiátricos militares britânicos durante a Segunda Guerra Mundial. Essa nova forma de tratamento teve como parte do contexto histórico uma ideologia humanitária, as necessidades oriundas da guerra, e uma cultura da busca por novas opções de atendimento. Objetivando-se romper com o status militar predominante nos hospitais do período

(ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; KENNARD, 2004; VANDEVELDE *et al*, 2004; WHITELEY, 2004).

Em suas bases encontramos à utilização dos princípios da aprendizagem social, com os relacionamentos e cooperação entre pacientes e funcionários, ou mesmo entre os pacientes. Em sua maioria, surgiram como espaços experimentais dentro dos hospitais psiquiátricos, utilizando-se inicialmente de pequenos grupos e posteriormente expandindo-se para os demais espaços (FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE *et al*, 2004; WHITELEY, 2004).

O contexto da guerra acabou por colocar várias pessoas, com pensamentos, abordagens profissionais e visões de mundo, em um mesmo lugar. Junto a isso, a necessidade de lidar com vítimas psiquiátricas da guerra. Inicialmente o atendimento foi direcionado para soldados “neuróticos” em decorrência das vivências ao longo do processo de guerra.

Dois hospitais foram criados com o foco principal nesta tarefa, em Northfield, em Birmingham e Mill Hill, em Londres. Embora uma das propostas centrais das CTs seja a comunicação, a troca de experiências e de ideias entre estes dois hospitais era pouca ou quase nenhuma (FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE *et al*, 2004; WHITELEY, 2004). A seguir, iremos explicitar o processo de desenvolvimento de tal modalidade de atendimento nestes hospitais.

### **Hospital Northfield**

O hospital de Northfield teve seu início em 1942, admitindo apenas pessoas que tinham chances razoáveis de retornar ao serviço militar. Wilfred Ruprecht Bion e John Rickmann, ambos psicanalistas, eram os responsáveis pelo funcionamento do hospital. A grande inovação na proposta de atendimento foram os grupos de discussão, que

trabalhavam as tensões diárias do grupo. Ainda que inicialmente pareça ser uma questão simples, não era comum e causava estranhamento entre os outros profissionais, entrando assim em conflito com outros médicos. Bion e Rickmann foram demitidos de seus cargos após seis semanas do início dos trabalhos, mesmo com claros avanços no comportamento dos pacientes, visto que suas ideias confrontavam com o pensamento do exército inglês no período (MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004).

Bion, na década de 40, descreveu os, então denominados, “doentes mentais” como “psicologicamente carentes”. Assim, seu papel estaria estreitamente ligado com a função de restaurar a moral do grupo, para estes retornarem ao serviço militar. A proposta das terapias em grupo não estava focada nos sentimentos individuais, mas naquilo que estava ligado ao grupo, possibilitando assim o sentimento de pertencimento. Considerando a herança do exército, era também importante que fosse identificado aquilo que era importante para “seus homens”. Bion acreditava que os pacientes possuíam condições de perceber as situações e organizar/ alocar recursos pessoais, talvez com algum tipo de ajuda e orientação, para superar tais situações. Acrescentou-se a dimensão do indivíduo e sua capacidade de mudança e esta que acaba por interferir nos demais membros do grupo (MILLS; HARRINSON, 2007).

Após a saída de Bion e Rickmann da direção do hospital, Siegfried Heinrich Foulkes chegou à instituição iniciando sessões de terapia de grupo e reuniões diárias envolvendo a todos. Atualmente, as reuniões diárias são consideradas elementos essenciais das CTs, ou até mesmo, o “coração” do processo destas (WHITELEY, 2004).

Em seguida, Harold Bridger chegou ao hospital e passou a instituir tarefas aos pacientes e observar de que forma eles executam a tarefa e como se relacionam com seus pares (WHITELEY, 2004). No período em que Bridger estava na direção do hospital foi convidado para uma



reunião organizada pelos próprios pacientes. A partir desta reunião os pacientes perceberam que possuíam capacidade para se organizar e poderiam criar responsabilidades sobre algumas tarefas. Conjuntamente, foi instituído um programa de tutoria, onde os pacientes mais velhos auxiliavam as pessoas recém-chegadas com relação à rotina do hospital e outras informações. Estas questões foram centrais para o processo de desenvolvimento de autonomia destes (MILLS; HARRINSON, 2007).

Um grupo de psiquiatras norte-americanos visitaram Northfield em 1945 e mostraram-se impressionados com a forma que o trabalho estava sendo realizado e a extensão das atividades de terapia de grupo. Inclusive sendo citados em periódicos importantes do período, como sendo uma proposta de hospital psiquiátrico para o futuro, com a participação de todos os membros na vida diária e sem barreiras entre a instituição e o resto da sociedade (WHITELEY, 2004).

Segundo Mill e Harrinson (2007) grande parte das atividades de grupos desenvolvidas na Grã Bretanha tem sua base nas experiências desenvolvidas principalmente no Hospital Northfield. Posteriormente, outras instituições ampliaram a proposta de atendimento abarcando também os familiares das pessoas ali atendidas.

Pela ausência de publicações e produções no período, não se pode claramente identificar de que forma se deu continuidade, todavia, o que se percebe é uma ausência de continuidade entre Northfield e as demais CTs. Um dos motivos seria o fato de que os precursores de tais trabalhos acabaram por dedicar-se a outras atividades. Não podemos afirmar que o trabalho das CTs teve sua origem unicamente em Northfield, mas certamente este teve um papel de importante destaque (MILLS; HARRINSON, 2007).

## Hospital Mill Hill

Maxwell Jones atuava no hospital de Mill Hill, em Londres, sendo responsável por uma unidade específica do hospital. Com seus pacientes ministrava palestras sobre a etiologia dos sintomas neuróticos, porém, percebeu que este era um assunto que pouco importava aos internos. Eles estavam preocupados com as questões presentes e com a possibilidade de serem convocados para retornar ao serviço militar a qualquer momento. Assim, as palestras tomaram formato de reuniões de grupo, nas discussões temáticas mais próximas da realidade daquelas pessoas e das necessidades levantadas por estas (WHITELEY, 2004).

Whiteley (2004) afirma que Jones também propôs a ampliação do agente terapêutico, não mais restrito somente a equipe de profissionais, mas utilizando-se de grandes reuniões com todos os membros para possibilitar a tomada de decisão de forma democrática.

Pelo desenvolvimento inicial e as inovações de seu método, Jones comumente é considerado o “pai” da Comunidade Terapêutica, referenciando este como um dos idealizadores do método (VANDEVELDE *et al*, 2004). Jones apresenta uma influência internacional muito maior, principalmente, na América do Norte, do que qualquer outro movimento.

O trabalho inicial de Jones contava com atendimento para até 100 (cem) pessoas, sendo um terço mulheres, um terço homens e um terço pessoas diagnósticas como “delinquentes” ou psicopatas”. Em sua proposta de atendimento Jones introduziu cinco premissas para o atendimento em CT, que são:

- comunicação de duas vias em todos níveis (pacientes e profissionais);
- tomada de decisões em todos os níveis;
- liderança múltipla;
- consenso na decisão;

- aprendizagem social, que ocorre por meio da mediação do facilitador para descobrir o conhecimento dentro do grupo e não simplesmente a introdução de novos conhecimentos (VANDEVELDE *et al*, 2004).

A proposta teve como objetivo democratizar as relações entre médicos e pacientes de forma a contribuir com o tratamento oferecido pelas instituições. Identificou-se que a relação entre médicos e pacientes acontecia de forma extremamente verticalizada, onde os funcionários tomavam as decisões e os pacientes as acatavam. Tal princípio se aplicava principalmente na relação entre psiquiatra e paciente, considerando que o contato entre estes era mínimo. A proposta da CT vem justamente no sentido contrário, buscando que a pessoa viesse a se tornar parte no processo decisório, possibilitando assim a defesa de seu ponto de vista. Sendo esta a principal característica da CT contra o sistema tradicional (FUSSINGER, 2011).

O experimento de Jones atraiu o interesse de psiquiatras dos arredores de Londres e de outros continentes. Um hospital que apresentava um status horizontalizado para pacientes e funcionários, incentivando-os a tomarem suas próprias decisões vinha a se constituir enquanto algo inovador para o período. O princípio de tomar as decisões de forma compartilhada e arcar com as consequências destas também se encaminhavam para uma direção inovadora. Tal proposta fazia uma contramão com os demais hospitais do período, onde os internos vivenciavam uma rotina monótona, ausente de atividades, vivendo uma vida inexpressiva (KENNARD, 2004).

Tais aspectos, tido como inovadores do atendimento proporcionaram grande representatividade ao trabalho desenvolvido por Jones e, conseqüentemente, permitindo a expansão de tal proposta para outros espaços hospitalares.

## **Outras experiências**

Além do Hospital Northfield e do Hospital Mill Hill, tidos como destaques neste movimento inicial das comunidades terapêuticas, outras experiências também são relatadas.

Fussinger (2011) relata que após a proposta inicial de Bion, Rickmann e Jones elas foram apropriadas/adaptadas pelos antipsiquiatras da década de 1960. Os projetos desenvolvidos pelos antipsiquiatras nessa direção foram: o trabalho desenvolvido por David Cooper, entre 1962 – 1966 no hospital Shenley na periferia de Londres, atendendo 25 jovens do sexo masculino esquizofrênicos, dentro de um hospital com 2000 leitos.

Em Londres, a Associação Filadélfia, que não estava ligada a nenhuma instituição psiquiátrica oficial, entre 1965 e 1970, funcionou nos moldes de comunidade terapêutica, sob a liderança do psiquiatra Ronald Laing. No período de 1962 a 1968, sob a liderança de Franco Basaglia, no hospital psiquiátrico de Gorizia, na Itália, foi implementada a proposta de atendimento em comunidade terapêutica.

David Clark coordenou o trabalho no Hospital Fulbourn, na Inglaterra, na década de 1950, transformando as alas dos hospitais em comunidades terapêuticas. Deu especial importância a equipe de enfermagem, buscando o convencimento destes de que as enfermeiras dos hospitais poderiam ficar desbloqueadas. Clark também introduziu atividades de trabalhos aos pacientes, inclusive algumas sendo realizadas em espaços externos ao do hospital, possibilitando assim a transformação do hospital em CT. No final da década de 1970, a proposta de atendimento sugerida por Clark perdeu a aceitação entre os profissionais, retornando assim para o atendimento biológico, rejeitando o chamado “modelo social”. Um dos principais motivos foi à recusa dos profissionais em participar das reuniões de grupo, aspecto central da CT (ADAMS, 1970).

No início de 1950, um psiquiatra naval do EUA, Harry Wilmer, visitou o hospital de Mill Hill e decidiu estabelecer uma comunidade terapêutica semelhante na base de Oakland, nos Estados Unidos. Acredita-se que esta é primeira experiência de CT dos EUA. O sucesso dos tratamentos oferecidos nos hospitais de guerra impressionaram psiquiatras do período que buscaram a implantação do método em hospitais psiquiátricos civis. Porém, tais princípios não eram facilmente implantados justamente pela variedade dos diagnósticos, sendo sua aceitação limitada (WHITELEY, 2004).

Todavia, algumas ações foram incorporadas, tais como a ampliação dos espaços de convivência dos pacientes dentro dos hospitais, ampliação do espaço hospitalar na utilização de outros profissionais, como clínicos gerais, assistentes sociais e outras pessoas do público e comunidade em geral (WHITELEY, 2004).

### **Quatro Momentos Históricos**

A evolução cronológica das CTs, segundo Fussinger (2011) encontra-se dividida em quatro momentos:

- O **primeiro momento** ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial, década de 1940, sendo os experimentos ocorridos nos hospitais psiquiátricos militares britânicos as principais contribuições. Além do trabalho desenvolvido por Maxwell Jones, outra experiência deste período diz respeito a um estudo piloto realizado por Denis Martin, no período de 1955 – 1962, que iniciou a proposta com 25 mulheres com esquizofrenia, posteriormente a proposta foi expandida para todo o hospital, que contava com 2200 leitos.

- O **segundo momento** ocorreu na década de 1950 até início de 1960, contando com a ampliação de tal proposta de atendimento para Grã Bretanha e América do Norte. Um dos projetos desenvolvido neste período e que cabe destaque é o de David Cooper realizado entre 1962 – 1966.
- No **terceiro momento**, ocorrido entre a metade dos anos 60 e 70, os destaques cabem as fortes críticas recebidas referentes aos limites de tal modelo de atendimento e a difusão do modelo para países ocidentais.
- Por fim, no **quarto momento**, que abrange as últimas décadas do século XX, as características marcantes dizem respeito a uma descrença no modelo de atendimento em comunidade terapêutica, bem como, a presença de vários sinais de institucionalização.

É importante ressaltar que o histórico das CTs é marcado por diferentes aspectos não sendo possível definir datas ou origens concretas, ou por assim dizer, até condutas terapêuticas. Parece se tratar de ações que aconteceram de forma paralela, com pouca comunicação entre os trabalhos se expandido a outros países.

Segundo Kennard (2004), em 1998 dos 15 países constituintes da União Europeia era possível identificar 11 que haviam desenvolvido trabalho na modalidade de comunidade terapêutica. Na Holanda, a partir dos anos 70, cerca de 90 CTs formavam parte importante no atendimento psiquiátrico do país. Na Finlândia, os princípios de CT além do atendimento psiquiátrico foram estendidos para idosos e prisões. Na Alemanha e na Noruega as CTs também foram incorporadas com sucesso.

Em 1978, na Itália, foi promulgada uma lei que exigia o encerramento de todos os hospitais psiquiátricos e substituição por CTs. Na Grécia, também passou a se desenvolver uma gama de ações dentro destas modalidades (KENNARD, 2004).

Precisar a quantidade de CTs ao redor do mundo é uma tarefa difícil, mas pode-se afirmar que a maior concentração destas encontra-se na Europa. Porém ao longo dos anos elas vêm se expandindo para países como os Estados Unidos, Índia, Nigéria, Canadá, entre outros (KENNARD, 2004), porém não se sabe se elas seguem os modelos propostos inicialmente.

No final de década de 1990, ocorreu um movimento inglês para organização das CTs. Este movimento teve como objetivo organizar tal atividade, e realizar pesquisas verificando quais as principais dificuldades desta metodologia de trabalho e esboçar suas normas e procedimentos básicos. Almejou-se um processo inclusivo que permitisse reconhecer a diversidade dos trabalhos realizados pelas diferentes instituições (HAIGH; TUCKER, 2004).

Realizando um contraponto com os registros históricos até aqui descritos, Ríó (2010) apresenta uma nova perspectiva, não abordada em nenhum dos demais artigos pesquisados, sobre a origem das CTs. Segundo o autor, o início da CTs teria ocorrido na Alemanha, em Berlim, sendo que ao longo da história a contribuição germânica a tal modalidade de atendimento tenha sido menosprezada. Não são apresentados argumentos concretos que expressem o motivo das literaturas não fazerem referências as CTs alemãs, mas indica a possibilidade de até mesmo a queima de documentos durante determinados períodos históricos de governos alemães. Considera o período da segunda guerra mundial ter levado o povo alemão e suas contribuições, ao “esquecimento”. E ainda, a ausência de uma cultura de registro dos acontecimentos, sendo que estes seriam repassados oralmente, excluindo-se a necessidade dos

registros, ocasionando assim a ausência de registro de tais atendimentos prestados, bem como, do trabalho desenvolvido.

O psicanalista Ernst Simmel (1882 – 1947) é citado como o criador das CTs, sendo sua proposta datada dos anos 20 do século XX, ou seja, com data anterior as demais que são referências, aproximadamente, na década de 40 do mesmo século. Cabe o destaque que, diferente da origem das CTs expressa em outras fontes, que tinha como foco o atendimento de pacientes psiquiátricos, as CTs citadas por Ríó (2010) dizem respeito, inicialmente, ao atendimento dos usuários de substâncias psicoativas, ainda que, em um primeiro momento, localizadas em ambientes hospitalares. A criação destes espaços ocorreu pela percepção da necessidade de um atendimento diferenciado para tal público (RÍO, 2010).

Simmel apresenta cinco princípios em sua proposta de atendimento, sendo estes: a) atender a situação do paciente em si, focando nesta; b) planos individualizados para cada paciente e a equipe trabalhando de forma conjunta nestes; c) o tratamento como um espaço para os pacientes treinarem suas habilidades sociais e encontrar saídas aceitáveis para as situações rotineiras; d) trabalhar contextos e papéis familiares; e) sistema que permita a formação de novos terapeutas (RÍO, 2010).

Embora a literatura não indique a origem germânica das CTs, os princípios propostos pelo autor em muito se assemelham com o que é descrito em outros artigos pesquisados, conforme veremos a seguir.

### **Características principais da CT**

Fussinger (2011), Valdevelde *et al* (2004) e Whiteley (2004) discutem a temática da comunidade terapêutica de forma que cada qual traz princípios específicos, que por vezes transitam dentro de uma mesma lógica, ora se aproximando, ora se complementando.



Abaixo iremos apresentar os princípios mais relevantes apontados pelos autores estudados e de que forma ocorre a interlocução entre estes.

O sociólogo David Rapoport, estudioso de CTs, na década de 1950 estudou estas instituições e identificou algumas de suas características principais. Rapoport é considerado referência no que se refere o estudo das CTs, ele aponta quatro princípios fundamentais ou temas ideológicos desta: **democratização, permissividade, confronto com a realidade e comunitarismo.**

Estes princípios são considerados os “ingredientes” essenciais para a criação de um CT, que em si não são fatores curativos, mas são as condições para a mudança ocorrer. (FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE *et al.*, 2004, WHITELEY, 2004).

#### **a) Democratização e humanização das relações**

Os elementos marcantes da CT, em seu período de criação, se constituem pela relação democrática entre funcionários e pacientes, permitindo que ambos os grupos expressem suas opiniões e dificuldades livremente. O objetivo é que a pessoa desenvolva autonomia e possa vir assumir responsabilidades, despindo-se de seu papel passivo e tornando-se ativo no processo de atendimento, até mesmo, contribuindo no tratamento de outros pacientes. O foco encontra-se nas habilidades das pessoas em atendimento e no desenvolvimento destas e não somente na sua patologia. O objetivo é tornar as relações mais humanas, e ainda não somente a relação profissional e paciente, mas também uma equiparação entre as diversas categorias profissionais (FUSSINGER, 2011; WHITELEY, 2004).

Com relação à democratização e participação nas decisões, Rapoport aponta que na CT de Maxwell Jones as decisões de fato haviam sido tomadas em conjunto, sendo os pacientes sujeitos ativos deste processo. Já em outras

instituições, segundo o estudioso Denis Martin, percebeu-se que tais questões ocorrem apenas de modo superficial, ficando a grande maioria das decisões a critério da equipe, sendo os pacientes apenas meros coadjuvantes neste processo. (FUSSINGER, 2011).

Segundo o relato da experiência de Rapoport, os pacientes sentiam uma barreira no contato com os profissionais. Enfatizou-se assim a importância na democratização desta relação, ao mesmo tempo, as dificuldades de implementação de tal proposta. Martin aponta a necessidade dos pacientes serem ouvidos e de trabalhar suas barreiras no processo terapêutico. Sob uma interpretação marxista, a relação equipe e pacientes foi até mesmo comparada com o antagonismo da luta de classes, e sob certo viés pode-se compreender a liberdade dada aos pacientes como uma ação paternalista por parte dos psiquiatras. Alguns autores apontam que as questões de poder, continuam sendo o foco e as mudanças para a criação de uma CT seriam apenas uma nova organização desse poder (FUSSINGER, 2011).

A realização de reuniões diárias, ou ao menos mais de uma vez na semana, contando com a presença de todos (funcionários e pessoas em atendimento) é característica marcante e essencial na organização de tal forma de atendimento. Estes espaços deveriam assim se constituir como fundamentais para o processo de democratização das relações. As reuniões diárias, consideradas elementos centrais da CT, também são utilizadas para a resolução de conflitos entre os pacientes e/ou com funcionários, permitindo a compreensão de si mesmo com o olhar do outro. Encorajando os pacientes a terem interesse no outro e apreender a partilhar experiências. Ao mesmo tempo, as tensões são ventiladas no grupo e possibilitaram trabalhar outras demandas de forma individual posteriormente (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; JONES, 1972; KENNARD, 2004).

A democratização diz respeito à igualdade entre todos os membros da CT. Há relatos de experiências que indicam até mesmo a retirada dos objetos que apontam a “autoridade” da equipe, tais como a remoção dos jalecos brancos e de crachás. A medida de êxito se caracteriza justamente pelo achatamento e nivelamento das relações, via de regra, autoritárias em hospitais tradicionais, ficando difícil para os recém-chegados quem são os pacientes e que são os profissionais neste espaço (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011).

A divisão de tarefas e responsabilidades entre as pessoas em atendimento e os profissionais é um dos meios mais concretos para superar as questões de baixa autoestima e da dependência, como em ambientes psiquiátricos. Todavia a expansão do papel do paciente não significa, em nenhum momento, a renúncia da responsabilidade por parte dos profissionais. Esta continua latente e pode ser solicitada quando necessário (JONES, 1972).

Além das atividades dirigidas por Maxweel Jones, outro exemplo bastante representativo no que tange a democratização das relações foi à experiência realizada no Reino Unido, em Kingsley Hall. Nesta, os pacientes em “melhores condições” auxiliavam no atendimento daqueles em situação de maior complexidade, cabendo o destaque que nesta experiência diz respeito exclusivamente a pacientes psiquiátricos. Porém, há poucas informações de como efetivamente tais relações democráticas foram implantadas em Kingsley Hall. Tais princípios democráticos são fruto de diversas discussões, e estudiosos do período afirmam que na maioria dos espaços tais princípios democráticos não foram efetivamente aplicados (FUSSINGER, 2011).

Uma das dificuldades é a possibilidade de existência de um conflito entre os objetivos da equipe e do paciente propriamente. Ainda que a proposta inicial seja de igualdade entre todos os membros é visto o destaque por parte dos profissionais. Percebeu-se que os pacientes que

tiveram melhores resultados foram aqueles que desenvolveram um relacionamento próximo com a equipe (WHITELEY, 2004).

### **b) Permissividade**

A permissividade diz respeito à necessidade da aceitação de qualquer tipo de comportamento por parte dos pacientes, ou de outros membros da comunidade, até mesmo os comportamentos considerados desviantes. Tal questão é importante para que as pessoas atendidas possam livremente expor suas questões e então a equipe lidar com estes, sem nenhuma forma de censura ou punição. (FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE *et al*, 2004). Pode ser considerado um dos princípios mais centrais, daqueles propostos por Rapoport. (KENNARD, 2004)

Tal conceito pode ser interpretado de forma equivocada, principalmente por opositores ao atendimento em CT. A permissividade não é sinônimo de ausência de regra ou de limitações, no sentido de que os pacientes podem fazer tudo aquilo que desejam. Mas sim, relaciona-se a questão da expressão verbal e de sentimentos, sendo que os pacientes são encorajados a expressar estes de forma aberta. O foco na comunicação livre entre os pares e para com a equipe profissional implica na criação de um ambiente permissivo, diferente de uma organização hierárquica tradicional até então encontrada nos hospitais psiquiátricos do período (JONES, 1972).

A permissividade encontra-se ligada ao desenvolvimento de autonomia, assunção de responsabilidades, por meio da redução da supervisão da equipe, ficando algumas tarefas diárias a cargo dos pacientes, como por exemplo, a questão da limpeza e organização da comunidade. Ao mesmo tempo, a permissividade exige tolerância, seja por parte da equipe ou dos demais pares, devendo tolerar ao outros mesmo que seu comportamento esteja, ou pareça, fora das normas comuns

(FUSSINGER, 2011; MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004).

### **c) Confronto com a realidade/ Teste de Realidade**

O confronto com a realidade seria, segundo Rapoport, outra característica importante da comunidade terapêutica. Este estaria relacionado com o retorno da equipe e dos pacientes com relação às ações tomadas pelas pessoas e a forma como aquilo afetou o grupo. Os pacientes são frequentemente confrontados com a sua imagem e a posição do grupo sobre este comportamento. Tal confronto com a realidade pode vir a promover o desenvolvimento da identidade e aprendizado pelo relacionamento com os demais. Porém, segundo Rapoport, a CT poderia vir a ser prejudicial para pessoas com autoestima baixa (WHITELEY, 2004).

O confronto se daria por meio de um *feedback* contínuo, que poderia também ser denominado de confronto. Esta prática foi uma característica distintiva das CTs da década de 1970. Obviamente, que a função de tal proposta ao longo do tempo vem mudando conforme as necessidades de cada período. O diálogo vem sendo substituído pelo confronto, justamente por não ter características tão “agressivas” como o confronto (FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE *et al*, 2004; WHITELEY, 2004).

### **d) Comunitarismo**

A comunicação e a interação livre e constante entre os funcionários e pacientes contribuí para a criação de um ambiente de pertença. O senso de comunidade diz respeito ao pertencimento a um espaço e compartilhamento deste entre os membros, possibilitando o desenvolvimento do vínculo e colaboração entre estes. (VANDEVELDE *et al*,

2004). Tal questão pode ser vista como vontade de trabalhar pelo bem da coletividade, e ainda um experimento de dar a todos um lugar dentro comunidade, posteriormente, ampliando-se para a convivência social. (MILLS; HARRINSON, 2007)

O comunitarismo incentiva a interação e relacionamento com os outros, na quebra dos papéis sociais fixos e das necessidades de comunicação com os demais membros do grupo. Os vínculos criados pelo paciente dentro da CT são de fundamental importância, visto, muitas vezes, as tentativas de relacionamentos sem sucesso, que ocorreram anteriormente. A CT serve, neste sentido, como uma espécie de “treinamento”, se apresentado como um novo espaço de aprendizagem para habilidades sociais (WHITELEY, 2004).

Na CT possibilita-se reviver uma série de situações de seu cotidiano, sendo que a vida diária oferece oportunidades de analisar e apreender a lidar com tais situações. Deve-se dar ênfase ao potencial terapêutico de cada pessoa em contraponto a imposição de diagnósticos ou outras ações que visem a culpabilização e moralização das ações. Os pacientes necessitam compreender que a sociedade exige o cumprimento de determinadas regras, e que ainda que afligido por doenças mentais podem conviver em sociedade. O cotidiano das CTs oferece novas oportunidades para lidar com as dificuldades dentro do grupo, recebendo o retorno constante deste (KENNARD, 2004; MILLS; HARRINSON, 2007).

Outras características das CTs expressas por Mills e Harrinson (2007), dizem respeito à constituição da CT enquanto um espaço de aprendizagem, onde tudo o que ocorre, é utilizado como uma forma de apreender algo. O que distingue a CT de outros espaços de tratamento é o modo como a equipe, estrutura física, pacientes e funcionários são utilizados, conscientemente, em prol do tratamento.

A participação e interação constante entre pacientes e funcionários são centrais. Poder questionar decisões de equipe, participar da vida diária da CT, assumir tarefas úteis dentro da instituição, auxilia os pacientes em trabalhar sua moral e envolver-se mais com seu próprio tratamento (KENNARD, 2004).

O atendimento em CT exige do paciente ao menos a capacidade intelectual média, visto que os princípios de aprendizagem social e de relacionamentos são questões centrais (KENNARD, 2004).

Além dos quatros princípios propostos por Rapoport, outras características citadas por outros autores também são de grande importância, tais como:

#### **a) Profissionalismo questionado**

A importância dos relacionamentos, proposto pelos psiquiatras na década de 1950, indica a necessidade de distanciar-se de certas formas de profissionalismo. Maxwell Jones percebeu que os enfermeiros de sua unidade se relacionavam melhor com os pacientes do que os médicos com formação em psiquiatria. Sendo assim, a questão dos relacionamentos acabou por adquirir sua importância, por serem os relacionamentos também de cunho terapêutico, visto que estes são parte integrante e fundamental da vida social. Percebeu-se que todo potencial dos relacionamentos não estava sendo utilizado, visto que a forma de organização, até então, da unidade hospitalar não possibilitava a utilização deste.

Outros profissionais, que não apenas os médicos, e até mesmo pacientes podem ser utilizados para auxiliar no tratamento, obviamente, cabendo à necessidade de treinamentos destes. Considerando que todo o processo de atendimento do paciente, deve ser compreendido como parte integrante do tratamento (FUSSINGER, 2011).

Mills e Harrinson (2007) defendem que uma das características mais inovadoras das CTs seria justamente o achatamento nas hierarquias profissionais, para que a equipe desempenhe um papel tão importante como dos psiquiatras. Há uma valorização da equipe tirando o médico do lugar central e desafiando a “autoridade” psiquiátrica, na criação de outros espaços (MILLS; HARRINSON, 2007).

A grande crítica foi à intensa profissionalização do período, ao mesmo tempo em que era deixado de lado à condição única de cada indivíduo, seus valores bem como a forma como estes poderiam contribuir no tratamento. Os defensores da CTs incorporam as equipes de enfermagem, bem como as pessoas em atendimento, como agentes ativos. As chamadas “terapias de grupo” e “grupos de autoajuda” partem destas observações iniciais (FUSSINGER, 2011). As equipes de enfermagem são referenciadas como fundamentais neste processo, principalmente pelo vínculo direto que estas possuíam com os pacientes, e participando ativamente de outras propostas terapêuticas em sua totalidade (ADAMS, 2009).

Tal postura acabou por trazer críticas, principalmente por questionar o saber psiquiátrico. Outro aspecto diz respeito à necessidade da equipe reconhecer que estes também irão ter momentos de falhas de necessidade de atendimento visto sua condição humana. Visto todas estas questões, a necessidade da escolha dos profissionais não se utilizar apenas do quesito formação como o único critério para admissão destes (FUSSINGER, 2011).

Por fim, a equipe profissional deve apreender a atuar em ambientes abertos e democráticos, aprendendo a lidar com críticas e situações adversas. Deve-se colocar enquanto representação das normas sociais, estimulando os pacientes a novas formas de vida e de relacionamentos. A liderança carismática também se constitui enquanto elemento fundamental. Trata-se de uma liderança reconhecida pelo grupo, ao invés da imposição ou do autoritarismo (KENNARD, 2004; MILLS; HARRINSON, 2007).



## **b) Participação das famílias**

A participação da família no tratamento do sujeito em atendimento foi considerada de extrema importância justamente por ir de encontro a uma nova lógica de atendimento, ou seja, quebrar com a “tradição” do isolamento do paciente no ambiente hospitalar e da não responsabilização da família por este. Houve um entendimento de que o diagnóstico do paciente possuía relação com seu contexto familiar, sendo assim necessário o atendimento deste. Durante o atendimento ao grupo familiar novas situações são percebidas podendo dar subsídios para o atendimento dos indivíduos. As ligações entre as CTs e a terapia familiar são fracas e logo a terapia familiar se tornou autônoma (FUSSINGER, 2011).

Maxweell Jones (1972) reafirma a necessidade do atendimento ao grupo familiar durante o período que a pessoa se encontra em tratamento, bem como, a continuidade posteriormente. A proposta é que a família do paciente fosse visitada por um profissional, preferencialmente um assistente social, para buscar engajar este grupo familiar no processo de atendimento, enquanto parceiro e coparticipante.

## **c) Atitudes em relação ao tratamento biológico**

Com a criação das CTs houve algumas críticas no sentido de que estas estavam tão focadas na questão do relacionamento interpessoal que abdicaram do tratamento biológico, como por exemplo, a utilização de medicações ou outras formas de tratamento. Denis Martin, citado por Fussinger (2011) indica que nas CTs a utilização do tratamento biológico foi reforçada, o diferencial seria que tal tratamento foi utilizado de forma terapêutica e não disciplinar ou isolada (FUSSINGER, 2011).

## **Expansão para atendimento a outros públicos**

O método de trabalho utilizado nas CTs foi disseminado em diversos espaços, voltado para diferentes públicos, se constituindo enquanto uma proposta abrangente que pode ser aplicada em diversas situações. (KENNARD, 2004). Destes novos públicos três são específicos abaixo, com ênfase na modalidade de atendimento voltado a dependentes químicos.

- **CT para crianças e adolescentes**

O registro da primeira CT para adolescentes é datado de 1913, na Inglaterra, na fundação Commonwealth. Na instituição, idealizada por Homer Lane, não existia regras ou regulamentos formais, todos estes instrumentos eram construídos pelos próprios moradores. Partia-se do princípio que todos estão passíveis de erro, tendo a necessidade, e o direito, de refazer suas experiências.

Antes mesmo da modalidade de atendimento em formato de comunidade terapêutica ter seu início “oficial”, na década de 40, já há registro de outras instituições que atendiam de forma semelhante, embora sem utilizar-se de tal nomenclatura. A partir de 1920, uma série de instituições passou a realizar o atendimento de crianças e adolescentes rotulados como “problemáticos” na utilização da CT. As propostas destas instituições estavam firmadas no princípio de que muitas das necessidades do público atendido poderiam ser sanadas no compartilhar de responsabilidades e do pertencimento a um grupo. E ainda, o amor e vínculo enquanto um instrumento terapêutico quando associado com a questão da responsabilidade, sem nenhum tipo de preconceito para com estas crianças e adolescentes. O grande desafio apresentado se caracterizava por mesclar o necessário de afeto com o necessário de limites (KENNARD, 2004).

- **A CT nas prisões**

A proposta de atendimento na modalidade de CT também foi incorporada em alguns ambientes prisionais em decorrência da visão humanizada para com os presos. Em um registro remoto de 1836, Alexandre Maconochie, ex-oficial naval assume um cargo no governado da Terra de Van Diemem, mais tarde Tasmânia, iniciando uma tentativa de tornar o atendimento aos presos mais humanizados. Extinguindo-se os castigos físicos e buscando-se e “educação moral”. Ainda que com resultados positivos na reabilitação de muitos condenados, o projeto não teve continuidade por entrar em choque com os padrões vigentes do período (WHITELEY, 2004).

Em 1952, Scudder, superintendente de uma prisão na Califórnia, Estados Unidos, implementou a transição para CT na unidade prisional, tendo como base os princípios introduzidos por Jones. Posteriormente, Jones foi convidado para trabalhar como consultor para projetos pilotos para implementação de CT nas prisões, sendo os funcionários destes treinados dentro dos princípios disseminados por Maxwell. Algumas prisões, além da alteração na proposta de atendimento aos presos, também incorporaram o acolhimento para esposas e crianças dos encarcerados. Inicialmente a participação dos presos ocorreu com a liberação para participação em determinados grupos, sendo a possibilidade de participação ampliada gradativamente (VANDELVELDE *et al*, 2004).

Segundo Vandavelde *et al* (2004) o desenvolvimento das CTs nas prisões é baseado em alguns princípios, os quais são listados a seguir:

- a) Permissividade e modelagem: Há uma maior liberdade para agir e tomar decisões e ao invés da punição, a pessoa é confrontada com os outros membros sobre seu comportamento. O comportamento negativo é expresso livremente pelo grupo, onde este indica de que

forma o comportamento o atingiu, pelo confronto e experiência de autoconhecimento. As decisões e responsabilidades são compartilhadas (KENNARD, 2004).

- b) Democracia e hierarquia: Por ser um ambiente prisional, a participação nesta modalidade de atendimento é voluntária, e pode haver a desistência a qualquer momento. Dentro da hierarquia das CTs os moradores mais velhos possuem maior liberdade, justamente pela conquista de tal condição. A distância entre funcionários e residentes é tão sensível que constantemente os papéis necessitam ser revistos.
- c) Comunidade com método: O espaço e os membros são utilizados com um instrumento terapêutico. O morador é o principal agente de mudança, os demais se colocam enquanto facilitadores do processo. Mesmo após a saída da instituição há continuidade do sentimento de pertença com relação a uma família, sendo que continuam se apoiando. Moradores mais velhos servem de modelo, terapeutas auxiliares, aos mais novos (KENNARD, 2004). Por serem espaços prisionais as questões de segurança devem ser vistas com atenção, regulamentos e normas são fundamentais. A motivação para tal proposta de atendimento é fundamental.

Os princípios incorporados para a CT em prisões são claramente embasados nos princípios propostos por Rapoport, ainda que com algumas alterações em decorrência das particularidades do ambiente prisional.

As CT em prisões foram aplicadas na Inglaterra desde 1960, tendo resultados bastante positivos, principalmente para infratores com histórico de

dependência química (KENNARD, 2004). O sucesso de tal proposta levou ao encerramento de várias prisões para menores infratores, que foram atendidos em instalações não privativas. Embora com tal sucesso, na década de 1970, em decorrência do custo, muitos destes programas foram extintos. Ainda assim, outros países também aderiram à proposta, como o Reino Unido, Holanda, Suíça e Dinamarca. O interesse por tal modalidade de atendimento nas prisões retornou em 1990, após estudos confirmarem seus bons resultados (VANDEVELDE *et al*, 2004).

- **CT para o atendimento da Dependência Química**

O desenvolvimento das CTs nas prisões e nas modalidades para atendimentos da dependência química possuem semelhanças, mas são tidos como processos separados, ainda que bases e princípios norteadores sejam bastante próximos (VANDEVELDE *et al*, 2004).

A CT, neste contexto, surge como uma alternativa ao atendimento hospitalar de dependentes químicos. Vandeveld *et al* (2004) apresenta a CT direcionada para o atendimento de abusadores de substâncias e infratores, sendo este o modelo que inicialmente foi instaurado dentro de prisões. Foi desenvolvida enquanto um movimento de autoajuda utilizando-se principalmente de técnicas e instrumentos que visem à mudança comportamental.

As CTs para abusadores de álcool e drogas, em sua forma contemporânea, possuem diversos elementos muito próximos com o preconizado nas CTs psiquiátricas inglesas da década de 40. Porém, não é possível afirmar de forma concreta que estas tiveram influências diretas sobre as CTs para o atendimento de dependentes químicos, especialmente na América do Norte, visto a não existência de elementos precisos para tal afirmação. Logo, a origem da denominação “comunidade terapêutica”, para usuários de SPA na América do Norte, não pode ser identificada com exatidão.

Poucos sendo os estudos que tratam especificamente do histórico das CTs para dependentes químicos (LEON, 2003).

Podemos citar três trabalhos como precursores para o atendimento de tal público. Inicialmente a instituição Synanon, localizada na Califórnia, Estados Unidos, fundada no ano de 1958. Este novo modelo, desenvolvido para usuários de SPA passa a ganhar notoriedade e a se estabelecer como uma alternativa para o tratamento hospitalar. O tratamento tem como base o trabalho, aconselhamento confrontativo e a disciplina. Ficou conhecido como modelo Synanon e foi preconizado por Charles Dederich. Tal proposta previa que o comportamento “desviado” do usuário de álcool e/ou drogas poderia ser corrigido a partir do convívio e relacionamentos em grupo. (DAMAS, 2013; RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010; LEON 2003).

Outro modelo de CT que também teve grande influência foi o denominado Minnesota, com início no EUA, que foi constituído a partir da proposta bem sucedida das salas de Alcoólicos Anônimos - AA. Geralmente o tratamento iniciava de forma fechada, tendo uma abertura gradativa, contemplando atividades de terapias de grupo, leituras, reuniões do AA e palestras. Os princípios básicos se constituíam a partir da necessidade de reparar os danos causados durante o período de uso, apoio entre os pares e crença no poder superior (DAMAS, 2013; RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010; LEON, 2003).

O grupo/ movimento de Oxford, também americano, criado por Frank Buchamn, é igualmente representativo na modalidade de atendimento de CTs para dependentes químicos, isto já no ano de 1921. Estes tinham como base o renascimento espiritual, o cuidado mútuo entre os pares, trabalho ético e conjunto e a reparação dos danos (LEON, 2003).

A comunidade terapêutica para o tratamento de usuários de drogas é conceituada como um espaço livre de

drogas, onde as pessoas convivem conjuntamente de forma organizada, dentro de uma estrutura que promova a mudança, visando à vida livre de drogas na comunidade externa. A CT deve proporcionar longa permanência das pessoas na instituição e ao máximo incentivar a integração do mesmo na sociedade. A convivência entre funcionários e moradores devem respeitar os padrões éticos, ex-moradores podem ser de grande importância no funcionamento da instituição. O aumento da autoridade e respeito dos outros membros se dá conforme o comportamento responsável de cada morador (BROEKAERT *et al*, 2004).

Disciplina e hierarquia são aspectos de grande importância, combinados com compreensão e compaixão. Há regras claras para o funcionamento da instituição, tais como a honestidade, transparência e aceitação de orientação. O aprendizado se dá, principalmente, no relacionamento com pares. A mudança de comportamento ocorre, sobretudo, por meio da aprendizagem social. Obviamente que em tal modelo, visto a grande importância dos pares no atendimento, a interferência do outro, por vezes pode vir a se tornar excessiva e até mesmo prejudicial (VANDEVELDE *et al*, 2004).

Tal modalidade de CT ainda inclui em seu conceito os valores primitivos cristãos, valores incorporados dos Alcoólicos Anônimos e da psicologia humanista. Leon (2003) apresenta a comunidade terapêutica como um método, em si, para o tratamento, sendo a convivência entre os pares o elemento fundamental para tal (BROEKAERT *et al*, 2004; VANDEVELDE *et al*, 2004).

Os fundamentos de tal modelo de atendimento também são bastante próximos daqueles propostos por Rapoport. Segundo Valdevelde *et al* (2004) os princípios desta modalidade de atendimento são os que seguem:

- a) Comunidade: a convivência em grupo, com sentimentos de responsabilidade e pertença é

instrumento fundamental de mudança de comportamento e aprendizagem.

- b) Hierarquia: há uma hierarquia definida, moradores mais “velhos” servem como modelo aos mais novos.
- c) Confronto: Os confrontos servem para indicar os comportamentos negativos dos moradores, onde recebem o retorno sobre tais comportamentos dos outros membros. O confronto permite a livre expressão de sentimentos.
- d) Autoajuda: o morador é protagonista e responsável pelo seu processo de mudança, os demais membros atuam como facilitadores.

Como já citado anteriormente o papel do encontro e do confronto foi fundamental nas CTs iniciais (FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE *et al*, 2004; WHITELEY, 2004). Na CTs para tratamento da dependência química, o papel dos encontros e reuniões também segue sendo de grande importância, sendo este uma ferramenta primária. Com o diferencial que não se trata mais de um confronto, mas sim um diálogo desinibido, voltado para a discussão dos problemas vivenciados e de sentimentos (BROEKAERT *et al*, 2004).

Outra questão importante em tal modalidade de atendimento diz respeito aos residentes “mais velhos” servirem de modelo aos residentes “mais novos”, auxiliando e orientando estes. Os residentes “mais velhos” já desenvolveram habilidades e condições que os demais não possuem, podendo assim contribuir no tratamento destes.

Os moradores mais velhos são aqueles que estão a um período maior na CT, entre 2 (dois) a 4 (quatro) meses, e que são reconhecidos pelos demais como membros da comunidade. Os membros da equipe tem responsabilidade primária sobre a organização e funcionamento da instituição, mas os moradores mais velhos auxiliam nestas



tarefas. Em sua maioria, este grupo apresenta maiores atitudes positivas, ao mesmo tempo em que demonstram um senso crítico mais aguçado, sendo presente as críticas à instituição e sua filosofia de trabalho (BROEKAERT *et al*, 2004).

O maior desafio segue sendo a incorporação de valores positivos como respeito, apoio, aceitação e valorização dos demais enquanto seres humanos. Cada vez há um número maior de técnicas que frisam os benefícios de incentivar o positivo em detrimento de técnicas de confronto. A incorporação de instrumentos motivacionais e de diagnóstico pode auxiliar na identificação dos sujeitos que estão mais predispostos ao diálogo e a mudança (VANDEVELDE *et al*, 2004).

Os conflitos podem acabar por ocasionar a desvalorização do sujeito e este vir a se sentir humilhado e desvalorizado, principalmente no período inicial do tratamento. Foi verificado que tais fatores podem levar a níveis elevados de desistência do tratamento para dependência química, recomenda-se buscar sentimentos de empatia e tolerância, evitando-se o confronto destrutivo, aos quais os pacientes mais novos são mais suscetíveis (BROEKAERT *et al*, 2004).

Nas décadas de 1960 e 1970 os usuários de substâncias psicoativas foram considerados como pessoas imaturas e emocionalmente instáveis, tal visão, prejudicou o desenvolvimento das formas de atendimento para tal público. Posteriormente, na década de 80, os estudos buscaram melhoras as formas de atendimento em CT para tal público. E em 1990, a questão da motivação tomou o lugar central (BROEKAERT *et al*, 2002).

O grupo familiar, muitas vezes culpabilizado pela situação do paciente, foi incorporado em outras modalidades de atendimento. O sucesso do tratamento em tal modalidade encontra-se associado, em grande parte, com a motivação do paciente e sua retenção no atendimento e a participação da família (BROEKAERT *et al*, 2002).

Nestas CTs, a partir da década de 70 as famílias dos moradores passaram a ser diretamente envolvida no processo de atendimento, sendo uma abordagem individual voltada para as necessidades da família e dos residentes de forma particular. Desde 1990 houve uma alteração no sentido de expansão do público alvo atendido, buscando-se o atendimento de adolescentes, pessoas em situação de rua, presos que são usuários de drogas, entre outros. Houve uma maior profissionalização das CTs e até mesmo a inclusão de pesquisadores nestes espaços (BROEKAERT *et al*, 2004). O tratamento que inicialmente era dirigido por pessoas que haviam passado por um processo de recuperação, passa a incorporar novos profissionais e novas visões de atendimento (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010; LEON, 2003).

O atendimento para dependentes químicos neste modelo, inicialmente, é mais expandido na América do Norte. Toda via, também foi aplicado na Europa, um exemplo é a organização “Le Patriarche” (Boere, França), fundada em 1972, por Lucien Engelmeier, sendo este um modelo de atendimento livre das drogas (RÍO, 2010). Posteriormente havendo uma expansão de tal proposta, ainda que com escassos registros. Ausente de grande prestígio até final de década de 1970 as CTs passaram a adquirir maior visibilidade no final dos anos 80. Porém, muitas comunidades terapêuticas que surgiram neste período assumiram características muito diferentes de suas precursoras. (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010).

Com relação ao atendimento para adolescentes dependentes químicos em CTs não há registros precisos quanto à metodologia utilizada para este público e forma como tal proposta se desenvolveu. Em sua maioria, utilizou-se o modelo aplicado para adultos, sem alterações significativas para o atendimento a adolescentes, o que tem se mostrado ineficaz em muitos momentos (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010).

A inexatidão da definição com relação ao que se constitui enquanto uma CT para atendimento a dependentes químicos gera discussões e tentativas de criação de padrões e demarcações. Há registro de realização de conferências e reuniões com objetivo, justamente, de realizar tais delimitações, embora os conceitos sigam em constante construção e reconstrução (LEON, 2003).

A Associação Nacional de Comunidades Terapêuticas dos Estados Unidos (apud RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010, p. 594 - 595) traz definição deste espaço de atendimento como:

Um tratamento comunitário altamente estruturado que emprega sanções e penalidades, privilégios e prestígios determinados pela comunidade como parte de um processo de recuperação. As comunidades terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamento e atitudes individuais. Essa mudança está ambientada em uma comunidade de residentes e profissionais trabalhando juntos para ajudar a si mesmos e aos outros, tendo como foco a integração individual dentro da comunidade.

O trabalho com dependentes químicos em comunidades terapêuticas se constitui enquanto um desafio do mesmo modo que o atendimento do público psiquiátrico. Com o passar dos anos a proposta de CT foi se expandindo para outras regiões e incorporando outros elementos, além do que os inicialmente apresentados conforme os citados nesse texto. Embora, todo este processo carece de registros consideráveis.

## **Considerações finais**

O presente artigo diz respeito a um recorte da literatura, sobre CT, direcionando o olhar para seu desenvolvimento cronológico, histórico, seus principais modelos de atenção, considerando os anos iniciais a partir de sua criação e outras implementações/ ramificações surgidas.

Ao longo do estudo foi fundamental observar a forma como estas foram se desenvolvendo, sua expansão geográfica, seus elementos principais, metodologias de trabalho e o modo como foram se alterando para o atendimento a outros públicos além do inicialmente proposto. São escassos os registros sobre tal modelo de atendimento atualmente e a forma como este se estrutura, porém, sabe-se que níveis de tão ampla democracia nas relações são difíceis de alcançar e por vezes acabam transformados em propostas restritivas e ausentes de uma metodologia concreta para o atendimento do público alvo.

Observa-se que as CTs tiveram como objetivo principal na sua criação, a humanização no processo de atendimento para as então pessoas com transtornos psiquiátricos que eram atendidas em hospitais militares ingleses, durante o período da guerra. Posteriormente, verificou-se a possibilidade de ampliar seus métodos de atendimento para outros públicos, bem como a disseminação das CTs em outros formatos para outros países além do continente europeu.

Os modelos de CT aqui abordados apresentam como elementos comuns, classificados como essenciais, o relacionamento entre os pares como instrumento terapêutico, achatamento da hierarquia entre a equipe e para com as pessoas em atendimento, organização democrática das atividades, aprendizagem social, sentimento de pertença, nível de comunicação ampliado entre todos, comunitarismo, incorporação do atendimento a família, busca pela motivação por parte dos pacientes e a abstinência

de SPA nas situações voltadas para o atendimento a dependentes químicos.

Ao mesmo tempo em que podemos identificar os elementos supracitados como centrais no atendimento, algumas questões ainda necessitam de outros estudos complementares. O contexto do desenvolvimento das CTs é complexo e conta com muitas lacunas. Não é possível precisar datas concretamente, bem como, não se pode identificar um único idealizador do método. São diversos trabalhos e modalidades de atendimento que acabaram por dar subsídio a uma proposta de atendimento ampliada, que visa à humanização do atendimento e das relações entre pessoas atendidas e a equipe profissional.

Há registros de instituições que atendiam a partir da metodologia de CT antes mesmos de denominação “oficial” de tal modalidade de atendimento que ocorreu por volta da década de 40. Tal questão pode ser compreendida considerando que a proposta de humanização das relações, o cuidado e o ensino comunitário podem ser compreendidos como elementos presentes nas raízes da humanidade, anteriormente a qualquer tipo de entidade, necessidade de institucionalização ou oficialização de alguns atendimentos. Outra questão importante diz respeito à utilização da nomenclatura de “comunidade terapêutica” de forma aleatória, sem uma definição com relação às questões principais e padrões básicos, dificultando assim a possibilidade de estudos que possam identificar a efetivação de tal modalidade de atendimento de forma clara, bem como, a avaliação destas.

Quando tratamos do atendimento em CT para dependentes químicos a questão torna-se ainda mais complexa. Ainda que estas tenham em sua metodologia de atendimento vários elementos que podem ser identificados como oriundos das CTs iniciais não é possível afirmar a partir desses artigos selecionados, que suas raízes estejam ligadas diretamente as experiências de CTs iniciais, como as citadas dos hospitais Mill Hill e Northfield. As CTs para

atendimento de dependentes químicos possuem uma grande mescla de raízes e origens que unem diferentes propostas, contando também com elementos das CTs inglesas da década de 40, porém, não somente. Por exemplo, não se pode deixar de citar, entre outros, elementos do AA, como os doze passos e as doze tradições, a abstinência total da drogas, que foram incorporados e são grande referência para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas, também no Brasil.

A necessidade de um maior número de pesquisas e estudos sobre tal modalidade de atendimento é evidente, contribuindo assim para a disseminação de informações sobre as CTs e o trabalho desenvolvido por estas, considerando, por exemplo, a crescente construção desse tipo de atendimento em nosso país.

Ficam questões importantes nesse sentido: considerando que a própria literatura estudada não oferece subsídios suficiente para sabermos sobre suas principais raízes, como esse serviço é tão expandido nesse momento no nosso país? Porque nossa rede de atenção ainda parece não atender toda a procura em todos os níveis de atenção? Quantas e quais são nossas necessidades que extrapolam os níveis de atendimento a determinando público com tanta intensidade que não nos permite refletir sobre o atendimento prestado e de que forma este se encontra organizado?

As CTs, apesar de nesse momento serem parte das políticas públicas de atenção, parecem se desenvolver a margem delas.

Identificar a origem das propostas de atendimento atualmente utilizadas se constitui enquanto fator de grande importância para o conhecimento, avaliação e qualificação destes trabalhos.

A questão estudada é complexa e envolta de diversos desafios. Trata-se de ter como objetivo final a busca pela autonomia e o desenvolvimento saudável das pessoas que são atendidas em tais instituições, de forma a contribuir com o processo de emancipação e (re)

estruturação de suas vidas, em suas diversas esferas e possibilidades.

Para tanto é necessário muito entrosamento intersetorial, interinstitucional e principalmente uma política pública melhor definida que direcione um olhar técnico, científico e metodológico para constituições de projetos terapêuticos consistentes, de equipes especializadas, com uma intersetorialidade integrada que possam contribuir para o melhor desempenho dessas instituições.

## Referências

ADAMS, John. **Nursing in a therapeutic community: the Fulburn experience, 1955 – 1985.**Journal of Clinical Nursing, 18, 2009, p. 2747 – 2753.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n. 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de ago. 2011 b.

BROEKAERT, Eric; VANDEVELDE, Stijn; VANDERPLASSCHEN, W.; SOYEZ, S; POPPE, A. **Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers.** Nordic journal of psychiatry, 56(5), 2002, p. 371-377.

BROEKAERT, Eric; SCHUYTENB, Gilberte; ERAUWB, Kris; BRACKE, Rudy. **Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers.**Addictive Behaviors, Volume 29, 2004, p. 231 – 244.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001.** São



Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005/ São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. L. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD, 2010, p.503.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão Institucionalização e Relevância Social**. Revista Saúde Pública de Santa Catarina. Volume 6, nº 1, 2013.

DEL RÍO. **Originalemán de la comunidade terapéutica**. Revista Associação Esp. Neuropsiquiatria, vol XXX, nº 167, 2010, p. 145 – 149.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, Petrópolis, v.94, nº 3, p.111-124, maio/jun., 2000.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 377- 394.

FOUCAULT, Michel. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Ed. Nau, Rio de Janeiro: 2005.

FUSSINGER, Catherine. **'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II**. *History of Psychiatry*, 22 (2), 2011, p.146 – 163.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Tradução de Lúcia de Andrade Figueira. Petrópolis: Vozes, 1972.

HAIGH, Rex; TUCKER, Sarah. **Democratic development of standards: the community of communities—a quality network of therapeutic communities**. *Psychiatric Quarterly*, Volume 75, nº. 3, 2004, p. 263 – 277.

KENNARD, David. **The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings**. *Psychiatric Quarterly*, Volume 75, nº3, 2004, p. 295 – 307.

LEON, George De. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. Ed. Loyola, São Paulo: 2003.

MILLS, John A.; HARRISON, T. **John Rickman, Wilfred Ruprecht, Bion and The origins of the therapeutic community**. *History of Psychology*, Vol. 10, nº 1, 2007, 22 – 43.

PORTER, Roy. **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Ed. Record, São Paulo: 2004.

SPANDLER, Helen. **Spaces of psychiatric contention: A case study of a therapeutic community**. *Health e Place*, 15, 2009, p. 672 – 678.

VANDEVELDE, Stijn; BROEKAERT, Eric; YATES, Rowdy, KOOYMAN, Martien. **The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the ‘democratic’ Maxwell Jones TC and the hierarchical Concept-Based TC in prison.** International Journal of Social Psychiatry, Volume 50 (1), 2004, p. 66 – 79.

WHITELEY, Stuart. **The evolution of the therapeutic community.** Psychiatric Quarterly, Volume 75, n°3, 2004, p. 233 – 248.

## ARTIGO 2

### *Comunidade Terapêutica para Adolescentes: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013*

Camila Biribio Woerner<sup>6</sup>  
Fatima Büchele<sup>7</sup>

#### **Resumo**

O presente estudo constitui-se enquanto uma revisão sistemática de artigos científicos publicados no período entre 2002-2013, objetivando analisar as publicações que relacionam a temática comunidade terapêutica e adolescentes, indexadas em bases de dados previamente determinadas. A análise proposta foi realizada a partir de 7 (sete) artigos selecionados, conforme a metodologia proposta por Minayo (2010). Os artigos foram organizados e classificados para a análise final. Também foi realizada a análise a partir de dados bibliométricos. Duas temáticas principais foram identificadas, sendo constituído por três artigos que tratam da avaliação e resultados do tratamento, que diz respeito à avaliação e acompanhamento de adolescentes que concluíram a proposta de atendimento em comunidade terapêutica. A segunda temática, contando com quatro artigos, discorre sobre aspectos do processo de tratamento, fazendo referência às questões diretamente relacionadas ao atendimento dos adolescentes nas CTs. Os estudos apontam para resultados positivos no atendimento dos adolescentes, relacionados com tempo maior de atendimento e a necessidade de considerar o contexto social e familiar destes. Identificou-se a escassa produção

---

<sup>6</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>7</sup> Professora Associada do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – Orientadora da Pesquisa

científica sobre a temática, especialmente em nível nacional, corroborando com a necessidade de ampliação das pesquisas. A realização da revisão sistemática reuniu dados importantes sobre tal modalidade de atendimento, com foco específico para o público adolescente.

**Descritores:** Adolescente, Comunidade Terapêutica, Revisão, Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

*Therapeutic Community for Teens: a systematic review of the literature between 2002 and 2013*

**Abstract**

The present study constitutes itself as a systematic review of scientific articles published between 2002-2013, aiming to examine the publications that directly relate with the topic "therapeutic community and adolescents", indexed on basis of predetermined data. The proposed analysis was performed from 7 (seven) selected articles according to the methodology proposed by Minayo (2010). The articles are arranged and classified for the final analysis. The analysis based on bibliometrics data was also performed. Two main themes were identified, that consisting of three articles dealing the assessment and results of the treatment, regard to the assessment and monitoring of adolescents who completed the proposed treatment in therapeutic community. The second theme, with four articles, discusses aspects of the treatment process, with reference to issues directly related to the care of adolescents in TCs. The studies point to positive outcomes in care of adolescents, related to a longer time and the need to consider the familial and social context of these. Was Identified the scant scientific literature on the subject, especially at the national level, confirming the need for expansion of research. The realization of the systematic review gathered important data on this modality of care, with a specific focus for the teenage audience

**Keywords:** Adolescents, Therapeutic Community, review, disorders related to substance use.

## **Introdução**

O uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas – SPA tem tomado proporções cada vez maiores em escala individual e coletiva. Essa situação vem acarretando reflexos na esfera da saúde coletiva, segurança pública, nas questões relacionadas ao tráfico de drogas, a violência em diversos âmbitos, entre tantos outros agravos. Os impactos sofridos diante de tal conjuntura não se restringem ao indivíduo, mas extrapolam para o espaço social, familiar e comunitário. Desta forma existe uma preocupação com foco de ação nas diversas políticas públicas e dos demais setores da sociedade civil.

No Brasil, nos últimos anos, os estudos epidemiológicos demonstraram aumento no uso e dependência de SPA entre a população, fazendo referência à ampliação tanto na utilização das chamadas drogas ilícitas como lícitas. O uso entre adolescentes também apresenta um crescimento preocupante (CARLINI, 2002, 2006, 2010). As especificidades e complicações oriundas do uso de SPA entre o público adolescente é foco de inquietações, visto as particularidades de tal população. Tais peculiaridades dificultam a oferta de acolhimento na atenção básica bem como os atendimentos que tenham abrangência nas necessidades destes adolescentes.

O país dispõe de uma rede de serviços disponíveis para o atendimento desta população, contando com ações por parte da política de assistência social, poder judiciário, serviços de cunho privado, entidades filantrópicas e religiosas, e as ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Nas ações realizadas pelo SUS, a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, “institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. Desta forma, os serviços passam a ser organizados dentro de uma determinada lógica,

sendo os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os responsáveis pelo atendimento, de forma principal, a esta população. Ficando a critério dos profissionais do CAPS a possibilidade de encaminhamento dos pacientes, entre outros serviços, para Comunidades Terapêuticas - CT, que passam assim a funcionar de forma articulada com a rede (BRASIL, 2011).

Convém registrar que as primeiras citações sobre as Comunidades Terapêuticas (CTs) de forma institucional datam aproximadamente da década de 40, na Inglaterra, onde, originalmente, se desenvolveram nos hospitais psiquiátricos militares, que atendiam soldados com traumas pós-guerra. Tinham como princípio romper com a visão hospitalar por meio da democratização das relações, achatamento da hierarquia, assunção de responsabilidades e humanização dos atendimentos (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011).

Já as CTs para o atendimento de adolescentes tem seu primeiro registro datado de 1913, em uma instituição localizada na Inglaterra e a partir de 1920, na Europa e nos Estados Unidos, onde diversas instituições passaram a utilizar-se dessa proposta para o atendimento de crianças e adolescentes considerados como “difíceis”. O atendimento se baseava particularmente no compartilhamento de responsabilidades e na imposição de limites. Ao mesmo tempo a questão do afeto e do vínculo também se constituía como mecanismo central no atendimento. Mesclar os dois elementos de forma adequada se traduzia enquanto o grande desafio. Todavia, a terminologia Comunidade Terapêutica para o atendimento de crianças e adolescentes só passou a ser utilizada “oficialmente” por volta de 1960. (KENNARD, 2004; MILLS; HARRINSON, 2007; WHITELEY, 2004).

No Brasil, em sua maioria, as CTs são instituições de caráter privado e filantrópico e acontece uma expansão desta oferta de serviços na década de 2000 em diante (DAMAS, 2013). O público adolescente também é



atendido nestes espaços de forma recorrente, seja por procura voluntária, do grupo familiar e/ou por encaminhamentos judiciais, em consonância com o preconizado no – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2005).

Essa atualidade e o crescente aumento desse tipo de atenção em CTS justifica estudar essa modalidade de atendimento de modo a possibilitar o conhecimento e qualificação deste serviço, visto essa atenção estar sendo amplamente utilizada no país também para o atendimento de adolescentes com transtornos oriundos do uso e abuso de álcool e drogas.

Diante desse cenário o presente estudo tem como objetivo fazer uma revisão sistemática de artigos científicos sobre comunidades terapêuticas e a atenção prestada aos adolescentes, no período compreendido entre os anos de 2002 a 2013.

## **Metodologia**

A revisão sistemática utiliza a literatura disponível para avaliar as publicações sobre determinado assunto. Busca a análise crítica e síntese das informações selecionadas, realizada por meio dos objetivos e com base em critérios pré definidos de exclusão e inclusão (MANCINI; SAMPAIO, 2007).

As bases de dados utilizadas nesse estudo foram: *PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, *Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, *IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde)* e *Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*.

Os protocolos de busca tiveram como base estudos sobre a temática “comunidade terapêutica” no período de 2002 – 2013, escrito em língua inglesa, portuguesa ou espanhola.

Para as bases de dados Medline, IBECs e Lilacs utilizamos o *DeCS* (Descritores em Ciências da Saúde) “*Comunidade Terapêutica*” (português), “*Comunidad Terapéutica*” (espanhol), “*Therapeutic Community*” (inglês). Para a base de dados PudMed, por uma questão de melhor especificação dos estudos encontrados, optou-se por utilizar os descritores “*Substance Abuse Treatment Centers*”[*mesh*] AND “*TherapeuticCommunity*”[*mesh*]. A utilização dos termos é feita entre aspas com o objetivo de que os retornos sejam exatamente dos termos procurados, facilitando assim a análise e classificação do material.

Ainda que a pesquisa se proponha a estudar a temática de comunidades terapêuticas e adolescente, na busca realizada inicialmente não foi incluído um descritor que diz respeito ao adolescente/ adolescência. Tal questão foi opção das pesquisadoras para possibilitar uma visão mais ampla sobre os estudos publicados sobre comunidade terapêutica que também será utilizada em estudos posteriores. A especificidade do tema CT e adolescente foi realizada após a leitura, classificação dos títulos e resumos dos artigos encontrados.

Conforme os critérios de exclusão estabelecidos foram excluídos instantaneamente os artigos que não se enquadravam no período compreendido entre os anos de 2002 a 2013 e que não estavam escritos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola e ainda aqueles que: a) se constituíam enquanto revisão de literatura; b) os sem resumos; c) os não relacionados à temática estudada (por exemplo, que tratavam de terapia comunitária, etc.), d) que não tratavam exclusivamente da temática estudada (por exemplo, comparações com outras formas de tratamento), e) estudos que não foram possíveis acessar o texto na íntegra, mesmo após realizado contato com autor, f) estudos que abordavam a temática comunidade terapêutica mas sem fazer referência ao público adolescente. O critério de inclusão utilizado foi de estudos que abordavam a temática de comunidade terapêutica, adolescentes e abuso de SPA,

de forma relacionada, nas línguas escolhidas e no período proposto.

## **Organização e Classificação do Material**

Dos artigos classificados, realizamos a leitura e análise do material conforme proposta por Minayo (2010).

O resultado inicial de nossas buscas nas bases de dados originou um total de 301 artigos. Dentre estes, 294 foram excluídos, 128 artigos por não estarem relacionados com a temática estudada, 18 por não possuírem resumo, 13 por se tratar de revisão de literatura, 11 por não tratarem da temática de forma exclusiva, 2 pela não possibilidade do acesso ao texto íntegra, mesmo após diversas tentativas e contato com os autores sem retorno, 18 por se tratar de artigos duplicados entre as bases de dados e 104 que não tratavam da temática “comunidade terapêutica” e “adolescentes” de forma correlacionada.

Após essa análise foram incluídos 7 (sete) artigos, os quais compõem o presente estudo. O processo de organização e classificação do material pode ser observado de forma ilustrativa no Fluxograma 1.

## **Descrição da Análise**

Após a classificação e organização dos 7 (sete) artigos selecionados, eles foram submetidos a uma leitura atenta e exaustiva com objetivo de identificar seus elementos centrais. Dessa forma construímos uma tabela geral (Tabela 1) onde foi possível sistematizá-los partir de suas temáticas principais e mais próximas do nosso objetivo de pesquisa.

A organização dos dados em uma tabela tem como objetivo possibilitar uma visão mais ampla e objetiva dos artigos com suas características ou seus temas específicos ao objeto do estudo. A tabela foi construída de modo que

ficou possível visualizar o título do artigo, referência, base de dados, ano publicação, tema exposto e a temática dentro da qual foi classificada pelas pesquisadoras.

### **Dados Bibliométricos**

A utilização de dados bibliométricos auxilia na seleção da informação científica e tem como objetivo possibilitar a avaliação dos aspectos quantitativos do processo de produção científica, verificando o impacto dos periódicos e a disseminação de suas informações, embora, não se trata, necessariamente, de um indicativo de qualidade destes. A análise bibliométrica também possibilita o conhecimento do tamanho e caracterização do acervo de determinada temática. (ARAÚJO *et al*, 2000; ARAÚJO, 2006; SILVA, MARTIN, BECKER, 2011).

Para o presente trabalho serão considerados os quesitos: base de dados, ano de publicação, autores, país de publicação, revistas indexadas e metodologia utilizada.

### **Apresentação dos Resultados**

Os resultados do presente estudo serão apresentados em dois tipos de análise, inicialmente uma bibliométrica e em seguida a partir dos temas centrais identificados nas publicações.

### **Análise dos Dados Bibliométricos**

Inicialmente na apresentação dos resultados iremos expor os dados bibliométricos encontrados e posteriormente sistematizados para o presente, os mesmos serão expostos, em sua maioria, em formato de tabela para facilitar a compreensão e interpretação.

No presente estudo o período de intervalo foi de 12 anos (2002 – 2013). O resultado encontrado de 7 (sete)

artigos ao longo dos anos apresentou algumas lacunas, sendo que nos anos de 2002, 2005, 2006, 2009, 2012 e 2013 não foram selecionados nenhum artigo. No ano de 2004 foram selecionados dois artigos publicados e nos demais anos – 2003, 2007, 2008, 2010 e 2011 – um artigo para cada ano. Tais dados indicam que a produção científica sobre a temática se manteve estável, porém escassa, não havendo períodos de considerável alteração na publicação de informações sobre o tema.

Na tabela 1, podemos observar a distribuição dos artigos conforme as bases de dados pesquisadas. Sendo que a maior concentração de artigos ocorreu na base PubMed, contando com 57,2% destes. A base Lilacs conta com apenas um artigo e a Medline com dois, já a Ibecs, ainda que incluído como uma das bases pesquisadas, não forneceu nenhum artigo para realização do presente.

Destacamos o fato que as bases PubMed e Medline concentram artigos da área médica e da enfermagem, principalmente dos EUA, indicando assim que o tema CT e adolescentes parece estar mais concentrado nas discussões nessas áreas específicas e em território americano, embora não somente. Ao mesmo tempo, o Lilacs que abrange literaturas da América Latina e Caribe se mostra de forma mais discreta com apenas uma publicação, demonstrando a pouca produção científica nestas regiões, assim como ocorre na base de dados Ibecs que abrange a Espanha.

Tabela 1: Distribuição dos artigos selecionados conforme base de dados, 2002 – 2013.

<b>Base de Dados</b>	<b>N</b>
PubMed	4
Lilacs	1
Medline	2
Ibecs	-
<b>Total</b>	<b>7</b>

Tal realidade, conseqüentemente, vai ao encontro dos dados encontrados com relação aos países de origem das publicações selecionadas, conforme expresso na tabela 2.

A origem dos artigos se concentrou significativamente nos EUA, o que indica a maior produção científica sobre a temática. Outros estudos realizados, também a partir da metodologia de revisão sistemática, já indicavam a prevalência dos estudos norte americanos sobre essa temática (ROBERT; NAVARRO, 2012).

No Brasil, um país que utiliza essa modalidade terapêutica para adolescentes de forma considerável, apenas um artigo foi publicado nesse período em periódico brasileiro. Em outros países da América do Sul não foi encontrado nenhuma produção científica sobre a temática no período proposto. A Austrália apresenta dois artigos, o continente europeu, ainda que historicamente indicado como o “berço” das CTs se mostra ausente quanto se trata de estudos sobre o atendimento a adolescentes em tais instituições. O que pode levar a reflexões sobre a ausência de estudos sobre o atendimento de tal público nesta modalidade. E ainda, a reflexão sobre o fato de que uma modalidade terapêutica que tem sua fundamentação bem delineada deveria ter um processo de avaliação constante de seus resultados.

Tabela 2: Artigos selecionados conforme país de publicação, 2002 - 2013

<b>País de Publicação</b>	<b>N</b>
EUA	4
Brasil	1
Austrália	2
<b>Total</b>	<b>7</b>

Com relação aos autores dos artigos podemos identificar uma grande diversidade, com exceção de um grupo de autores que publicou dois artigos, nos demais não há repetição de autores, ou seja, trata-se de pesquisadores diversos, em momentos diferenciados estudando a temática. Não foi identificada qualquer integração, pesquisa ou algum tipo de ligação entre os autores. Tais dados podem ser observados na tabela 3, abaixo.

Deste modo, identificamos a inexistência de um processo de continuidade na produção científica sobre tal temática. Não há regularidade com relação aos autores que estudam o tema, considerando que o único grupo de autores que publicou dois artigos, diz respeito a artigos desmembrados a partir de um mesmo trabalho.

Tabela 3: Distribuição dos artigos selecionados conforme autores, 2002 - 2013

<b>Autores</b>	<b>N</b>
Josephine M. Hawke, Nancy Jainchill	1
Andrew R. Morral, Daniel F. McCaffrey, and Greg Ridgeway	1
Kitty S. Chan, Suzanne Wenzel, Maria Orlando <i>et al</i>	1
Maria Orlando Edelen, Joan S. Tucker, Suzanne L. Wenzel <i>et al</i>	1
Luciane Marques Raupp	1
Sally Nathan, Michael Foster, Mark Ferry.	2
<b>Total</b>	<b>7</b>

A tabela 4 apresenta informações com relação aos periódicos nos quais os artigos foram publicados. Somente um apresenta a publicação de mais de um artigo, os demais são periódicos diversos, não havendo interlocução entre estes. Demonstrando assim a inconstância das publicações sobre o tema nos periódicos com relação aos trabalhos sobre o atendimento de adolescentes em CTs.



Tabela 4: Distribuição dos artigos selecionados conforme periódico, 2002 - 2013

<b>Períodico</b>	<b>n</b>	<b>Qualis</b>
Psicologia: Teoria e Pesquisa	1	A1
Psychology of Addictive Behaviors	1	B1
The American Journal of Drug Alcohol Abuse	1	B1
Journal of Substance Abuse Treatment	1	A2
American Prof. Society on the Abuse of Children	1	B1
Drug and Alcohol Rewien	2	B1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Com relação à metodologia utilizada para a realização das pesquisas um dado interessante diz respeito ao fato de que 4 (quatro) artigos utilizaram-se da metodologia quantitativa, enquanto 3 (três) da qualitativa. Todos que utilizaram metodologias quantitativas são artigos publicados por autores norte americanos. Em consequência, todos os artigos de metodologia qualitativa foram publicados pelos autores dos outros países.

O método quantitativo foi identificado como a preferência para a avaliação de resultados pós-tratamento, ou seja, a verificação da situação dos adolescentes após sua saída do tratamento. Já a metodologia qualitativa foi utilizada em sua maioria para identificar aspectos do processo de tratamento, isto é, o período que o adolescente encontra-se em atendimento na instituição.

Diante de tal análise podemos identificar que os pesquisadores norte americanos, em sua maioria, demonstraram maior interesse pelos resultados pós-tratamento apresentados pelos adolescentes que estiveram em atendimento nestas instituições. E ainda, expressaram a necessidade da obtenção de dados quantificáveis sobre tal realidade. Tal situação poderia ser justificável pela ausência de estudos que indiquem os resultados e resolutividade das

CTs para o atendimento a adolescentes, sendo assim este um foco de pesquisas e estudos em tal área (ROBERT; NAVARRO, 2012).

Ao mesmo tempo, os demais pesquisadores apresentaram uma perspectiva exploratória da temática, buscando a compreensão da realidade, principalmente, sob a ótica dos adolescentes atendidos.

A tabela 5, abaixo, apresenta a metodologia utilizada e o período do tratamento estudado, 2002 – 2013.

Tabela 5: Metodologia utilizada e período do tratamento estudado, 2002 – 2013.

<b>Período Estudado</b>	<b>Durante o tratamento</b>	<b>Pós Tratamento</b>	<b>Total</b>
<b>Metodologia Utilizada</b>			
Quantitativa	1	3	<b>4</b>
Qualitativa	3	-	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

### **Temas Centrais Identificados nas Publicações**

Os temas forma identificados e discutidos a partir da metodologia proposta por Minayo (2010), adaptados a revisão sistemática, realizando a ordenação, classificação e análise do material encontrado. A **ordenação** dos artigos possibilitou e construção da Tabela 6, a partir dos artigos incluídos. Na **classificação**, identificamos as temáticas principais. Na **análise** foi realizada a partir dos temas identificados contextualizados com outras literaturas.

A partir da análise qualitativa dos artigos encontrados selecionamos dois temas centrais:

Tema 1 (um) – Avaliação e resultados do tratamento;

Tema 2 (dois) – Aspectos do processo de tratamento.

### **Tema 1: Avaliação e resultados do tratamento**

Os estudos relacionados sobre este tema apresentam a avaliação e acompanhamento de adolescente após realização de tratamento em CT, considerando diversos aspectos além da abstinência de SPA em si. A ausência de estudos sobre a eficácia dos tratamentos em comunidade terapêutica é exposta, bem como, a não possibilidade da generalização dos resultados, considerando a heterogeneidade de tal proposta de atendimento (EDELLEN *et al*, 2007; MORRAL *et al*, 2004).

O acompanhamento e avaliação pós-tratamento é realizado por um instrumento específico e/ou entrevistas estruturadas, originando, assim, estudos, em sua maioria, quantitativos. Além da abstinência do uso de SPA também são avaliados nos participantes, aspectos como saúde física e emocional, participação em grupos de 12 passos, rede social, comportamento de risco, engajamento no trabalho e escola, reconhecimento do problema, entre outros aspectos que podem variar conforme o instrumento utilizado.

Os artigos evidenciam a eficácia da proposta de tratamento em CT em alguns aspectos da vida do adolescente com relação à abstinência do uso de SPA, mas reiteram a não possibilidade da generalização de tais resultados para outras instituições. Em alguns casos, relatam a melhora no que se refere ao uso/ abuso de SPA, mas que não se aplica para outras questões como o envolvimento com a criminalidade e comportamentos violentos. Os estudos corroboram que a permanência no tratamento auxilia no processo de manutenção de abstinência mesmo após seu desligamento do programa. (EDELLEN *et al*, 2007; HAWKE *et al*, 2003; MORRAL *et al*, 2004).

Os autores apontam questões importantes para serem incluídas na proposta de tratamento dos adolescentes

atendidos nestas instituições, com destaque para a construção de um plano de atendimento individual/ projeto terapêutico singular para cada adolescente, atenção às demandas oriundas da violência física e sexual sofridas por estes, além de considerar o contexto social e familiar do qual o adolescente é oriundo (HAWK, JAINCHILL, De LEON, 2003).

## **Tema 2: Aspectos do processo de tratamento**

Os estudos classificados nesta temática expressam aspectos peculiares do processo de tratamento dos adolescentes no espaço da CT. Apresentam a ausência de pesquisa dentro de tal temática, bem como, a carência ainda maior no que diz respeito a estudos que considerem a perspectiva do adolescente com relação ao tratamento ao qual se encontra submetido (FOSTER, NATHAN, FERRY, 2010; CHAN *et al*, 2004).

Os artigos pesquisados trazem relatos das experiências vivenciadas pelos adolescentes diariamente nas CTs, que são consideradas espaços diferenciados de serviços de saúde e que permitem a mudança. De forma enfática, são expressas as questões de vínculo e relacionamentos entre os pares neste espaço, tais como questões de convívio e a importância destes, sendo que tais relações acabam por ter impacto significativo no tratamento (FOSTER, NATHAN, FERRY, 2010; CHAN *et al*, 2004; RAUP, MILNITISKY-SAPIRO, 2008; FOSTER, NATHAN, FERRY, 2011). Esse mesmo aspecto também foi identificado em outras revisões sistemáticas realizadas sobre a mesma temática (ROBERT; NAVARRO, 2012). De Leon (2003) frequentemente indica o papel da CT como um espaço de socialização, sendo o relacionamento entre os pares uma parte essencial do percurso terapêutico.

Os estudos expressam os fortes vínculos que são criados entre os adolescentes, sendo que em alguns momentos a CT e os relacionamentos construídos nesta

adquirem status de processos familiares. Especialmente, pelo fato de que muitos adolescentes são oriundos de espaços onde o relacionamento familiar, tal qual experimentado na CT, era restrito ou mesmo ausente. (RAUP, MILNITISKY-SAPIRO, 2008).

Mais do que apenas os aspectos positivos dos relacionamentos entre os adolescentes, os artigos selecionados trazem a dinâmica das dificuldades oriundas destes vínculos, que podem vir a se tornar prejudiciais e até mesmo fatores de abandono do tratamento. Os vínculos construídos entre os adolescentes durante o período de atendimento podem tanto contribuir positivamente como negativamente no processo de tratamento. Ressaltam ainda que os fatores negativos dos relacionamentos entre os adolescentes são pouco estudados, porém, são de grande relevância.

Do mesmo modo, a atividade sexual também é negligenciada na maioria dos estudos, mesmo sendo, em alguns momentos, fator determinante para a permanência, ou não, no tratamento. Observou-se que a atividade sexual entre os adolescente é generalizada, principalmente entre o sexo feminino (FOSTER, NATHAN, FERRY, 2011). Os autores indicam a necessidade de maior abertura para discussão e orientação sobre tal temática, como fator que poderia auxiliar na permanência no tratamento.

Nesse interim são unânimes os estudos sobre a importância da construção de um plano individual de tratamento para cada adolescente, possibilitando a singularidade deste, considerando as peculiaridades de cada situação, verificando-se assim as questões sociais e espaço do qual o adolescente é oriundo. As características individuais acabam por interferir no processo de mudança, adesão e engajamento no tratamento. Fatores como histórico de tratamento, prisões anteriores, dados demográficos, contexto familiar e uso de substâncias devem ser considerados para a construção do plano individual de cada um deles.

Vale enfatizar o alto número de adolescentes encaminhados por determinação judicial (FOSTER, NATHAN, FERRY, 2010; CHAN *et al*, 2004, FOSTER, NATHAN, FERRY, 2011), e o fato de que, em sua maioria, apresentam uma motivação menor ao tratamento do que os adultos, além de possuírem menor disposição para a interação social positiva, necessitando assim de maior acompanhamento pós-tratamento.

A diferenciação entre o tratamento de adultos e adolescentes é indicada como uma necessidade importante a ser observada. Modelos de atendimento para adultos que são aplicados igualmente para adolescentes não apresentam resultados consideráveis. Embora este seja um modelo de atendimento com cerca de 50 anos de existência, pouco se sabe sobre o atendimento à adolescente em comunidades terapêuticas e em sua maioria, indevidamente, trata-se do modelo de atendimento para adultos com “modificações” para adolescentes, conforme indicado já por outros estudos de revisão sistemática realizados (ROBERT; NAVARRO, 2012).

No atendimento de adolescentes é necessário observar as características próprias da idade de tal público alvo, visando treinamentos de habilidades para enfrentar a vida sem o uso de drogas, considerando as peculiaridades do momento de formação e resignificação de suas identidades (MORAES; CHALEM; FIGLIE, 2010).

## **Discussão**

Os estudos sobre comunidade terapêutica e dependência química não se apresentam de forma expressiva nessa revisão, principalmente quando se trata do público adolescente e as particularidades destes, ainda que já seja consenso na literatura que os adolescentes são público de risco no que tange o uso/abuso de SPA (KESSLET *et al*, 2003; SCADUTO; BARBIERI, 2009).

Tal escassez é ainda mais expressiva no que diz respeito ao atendimento de CTs específicas para adolescentes. Os estudos encontrados tratam de amostras com características muito particulares o que acaba não possibilitando a generalização dos resultados (ROBERT; NAVARRO, 2012). Diante dos trabalhos selecionados, não foi possível identificar aspectos de regularidade na publicação de trabalhos sobre a temática, seja no que tange aos anos das publicações, autores e periódicos. Com relação a metodologia utilizada os estudos sobre os “aspectos do processo do tratamento” tendem a ser de caráter mais qualitativo, enquanto os estudos sobre “avaliação e resultados do tratamento” de caráter quantitativo.

A maioria das publicações é oriunda dos EUA, sendo que em relação às publicações brasileiras, especificamente, encontramos apenas uma publicação sobre a temática. Isso mostra a fragilidade nacional com relação a produção científica sobre o tema. Ainda que as CTs atendam a uma parcela representativa da população brasileira é preocupante o fato de que uma modalidade de atendimento amplamente utilizada no país, não possua estudos específicos sobre seu atendimento, bem como, avaliação destes serviços, nesse caso específicos os adolescentes.

Tal questão pode nos levar a pensar que tal modalidade de atendimento está sendo desenvolvida sem ser analisada, estudada ou até mesmo negligenciada, o que é extremamente preocupante visto que existe no Brasil um expressivo número de atendimento de adolescentes em CTs. Nessa perspectiva não estamos analisando, se o modelo oferecido pelas CTs é resolutivo ou não, mas parece evidente que existe uma necessidade urgente deste modelo ser melhor estudado, avaliado e conseqüentemente qualificado, pois, de uma ou de outra forma, essa população utiliza esses serviços.

Os artigos aqui analisados apresentaram resultados positivos com relação aos adolescentes atendidos em CTs,

no que diz respeito à abstinência de SPA e outras áreas de suas vidas consideradas nos estudos. Ao mesmo tempo, os mesmos estudos ressaltam que não são conclusivos, não sendo possível generalizar, extrapolar ou mesmo analisar esses resultados. A questão da generalização dos resultados, entre outros aspectos, parece não ser possível, pois o próprio conceito de CT não é consenso e muito menos generalizado, principalmente no que tange ao atendimento aos adolescentes. Assim, muitos trabalhos acabaram por adotar tal nomenclatura, mesmo realizando atividades diversas, fora, da metodologia proposta na criação das CTs na década de 40 (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; KENNARD, 2004).

Quando tratamos de instituições localizadas em diversos países, ou mesmo num país de grandes proporções como o Brasil, a generalização dos resultados fica comprometida, principalmente no que diz respeito à individualidade de cada sujeito e a forma que estes respondem ao tratamento. Nos artigos pesquisados fica evidente a recomendação feita com relação a individualização do atendimento, compreendendo as necessidades de cada adolescente de forma particular. Destaca-se que este olhar específico para cada um deles necessita também se expandir para questões para além do biológico, do social e do modelo adotado, ou seja, a integralidade do sujeito.

As questões familiares, judicial, social e econômica podem ser fatores tanto positivos como negativos na adesão ao tratamento, sendo assim, necessitam ser consideradas na abordagem ao adolescente. Tais indicações corroboram com aspectos já identificados em outros estudos de revisão sistemática, como o de Robert e Navarro (2012).

O tempo de permanência no tratamento nas CTs esta relacionado com melhores resultados, embora a questão da adesão ainda se constitua num grande desafio. Os artigos destacam que a questão da motivação é fundamental, porém, visto que a grande maioria dos adolescentes é



encaminhada por determinação judicial, tal elemento é ausente, o que contradiz aos próprios princípios de criação da CTs. A ausência de perspectiva para o futuro e de amparo social e familiar no pós-tratamento acaba por não auxiliar na motivação para mudança. Os vínculos formados entre os adolescentes e os profissionais são de grande importância, por vezes sendo o instrumento primário a ser utilizado.

Nos artigos estudados não foram encontradas referências com relação a algum tipo de atendimento oferecido aos familiares dos adolescentes atendidos nas CTs. Embora o atendimento ao grupo familiar fora incorporado nas CTs desde a década de 70, com intuito de que a família se torne corresponsável ao atendimento do paciente (BROEKAERT *et al*, 2004; FUSSINGER, 2011).

Esse elemento de importância do atendimento como fator de grande representatividade no tratamento, não foi encontrado de maneira clara e recorrente nos artigos (KESSLER *et al*, 2003; SCADUTO; BARBIERI, 2009).

### **Considerações Finais**

O presente trabalho não teve como objetivo esgotar a discussão sobre a temática, mas sim, discutir e problematizar um tema de extrema importância, veiculado e discutido praticamente todos os dias pela imprensa falada, escrita e televisionada em nível nacional e mundial.

Considerando a crescente expansão dessa modalidade de tratamento no Brasil, estudar as CTs na atenção ao adolescente é de fundamental importância para conhecer seu funcionamento e possibilitar o estudo e qualificação deste serviço, analisando assim como vem acontecendo sua efetividade, eficácia e resolutividade, sem contudo ignorar esse tipo de atendimento, ainda que possam ser identificadas falhas conceituais e/ou metodológicas.

O atendimento em comunidades terapêuticas para adolescentes dependentes químicos se constitui enquanto um desafio, considerando as necessidades e peculiares

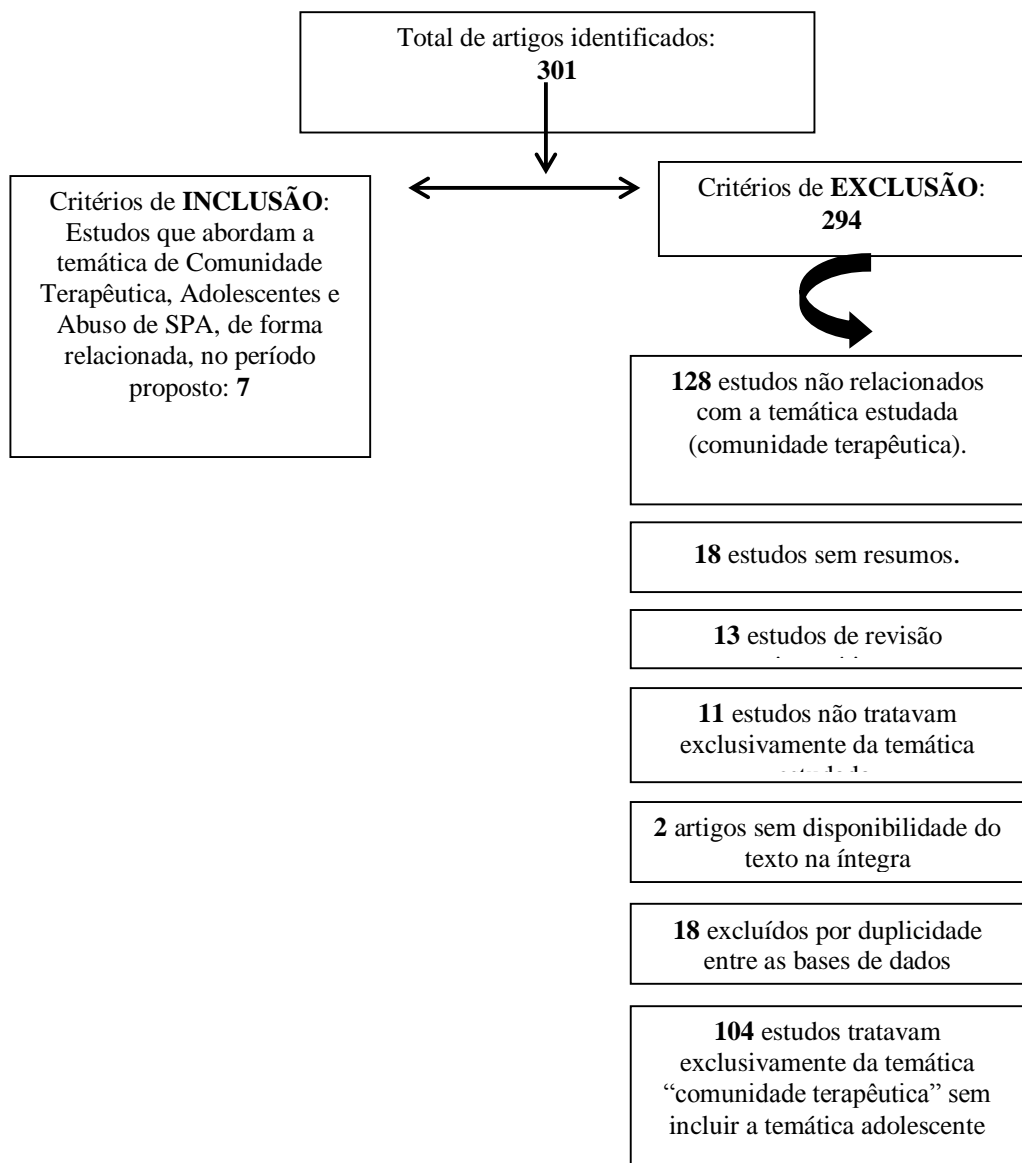
específicas de tal faixa etária acrescidas de outras particularidades da dependência química e os prejuízos decorrentes desta. Para além do tratamento em si, outros aspectos precisam ser considerados tais como o atendimento ao grupo familiar, aspectos sociais, avaliação dos vínculos, a reinserção social, sexualidade, entre tantos outros.

Uma das limitações da presente revisão foi o pequeno número de artigos encontrados, relacionando CT e adolescente. Isso nos levou a pensar numa lacuna científica existente sobre esses temas, bem como uma urgente necessidade de desenvolver estudos complementares que possam expandir esses e outros aspectos que não foram mencionados nesses estudos.

O atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas é previsto na política de saúde brasileira através da RAPS (BRASIL, 2011), que possibilita o atendimento destes em comunidades terapêuticas. Toda via, não se percebe a discussão de tal realidade nos artigos encontrados, o que pode vir a denunciar a ausência do diálogo em rede diante de tal proposta de atendimento, especificamente para o público adolescente.

A temática estudada é complexa e sua importância é inquestionável. É evidente a necessidade de qualificação desse tipo de atendimento, de modo que os adolescentes atendidos tenham suas necessidades contempladas dentro de um modelo mais inclusivo que considere as peculiaridades e diferentes modalidades terapêuticas de atendimento.

## Fluxograma 1





**Tabela 6- Artigos Incluídos**

<b>Base</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Referência</b>	<b>Temática</b>	<b>Tema Central</b>
1 - Pub Med	Peer and sexual relationships in the experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community	2011	Sally Nathan, Michael Foster, Mark Ferry. Drug and Alcohol Review, 30, 419–427	Aspectos do processo de tratamento	Expressa a forma como os relacionamentos entre os adolescentes se constroem dentro da CT. Especificamente na questão de relacionamento sexuais. Propõe maior abertura para tratar a questão e necessidade de estudos complementares sobre tal temática.
2 - Pub Med	The experience of	2010	Sally Nathan, Michael	Aspectos do processo	O estudo traz a experiência

	drug-dependent adolescents in a therapeutic community		Foster, Mark Ferry. Drug and Alcohol Review, 29, 531-539	so de tratamento	do tratamento em CT na perspectiva do adolescente . Destaca os relacionamentos sociais neste espaço, seja de forma positiva ou negativa. O estudo dá voz ao adolescente com objetivo de melhorar sua adesão ao tratamento.
3 - Lilacs	A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da drogadição em uma	2008	Luciane Marques Raupp, ClaryMilnitsky-Sapiro. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 24 n. 3, pp. 361-368	Aspectos do processo de tratamento	O estudo trata de uma pesquisa realizada em uma CT de adolescentes femininas, com objetivo de reconhecer a dinâmica daquele espaço. São

	Instituição Religiosa				exploradas as questões de relacionamento, vínculos e questões morais envolvidas no processo. Relaciona os resultados encontrados com as políticas públicas do setor.
4 - Pub med	Treatment process in the therapeutic community: Associations with retention and outcomes among adolescent residential clients	2007	Maria Orlando Edelen, Joan S. Tucker, Suzanne L. Wenzel, Susan M. Paddock, Patricia A. Ebener, Jim Dahl, Wallace Mandell. Journal of Substance Abuse Treatment 32, 415–421	Avaliação e resultados do tratamento	Utiliza-se de instrumento específico para avaliar o processo de mudança no adolescente durante e após o tratamento em CT. Verificando quais dos adolescentes são mais propensos a mudanças e como a permanência

					a no tratamento irá refletir no pós-tratamento, verificando quais os resultados positivos trazidos pelo tratamento.
5 - Pub Med	How Important are Client Characteristics to Understanding Treatment Process in the Therapeutic Community?	2004	Kitty S. Chan, Suzanne Wenzel, Maria Orlando, Chantal Montagnet, MA, MPhil, Wallace Mandell, Kirsten Becker, Patricia Ebener. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse Vol. 30, No. 4, pp. 871–891.	Aspectos do processo de tratamento	Traz a perspectiva do adolescente no processo de tratamento em CT. Apresenta as características individuais dos adolescentes e reflexos desta no tratamento. Analisa como as peculiaridades do adolescente interferem no tratamento.
6 - Medline	Effectiveness of Community	2004	Andrew R. Morral, Daniel F.	Avaliação e resulta	Avalia a eficácia do tratamento



	ity-Based Treatment for Substance-Abusing Adolescents: 12-Month Outcomes of Youths Entering Phoenix Academy or Alternative Probation Dispositions		McCaffrey , and Greg Ridgeway. Psychology of Addictive Behaviors Vol. 18, No. 3, 257–268	dos do tratamento	em adolescentes que estiveram 12 meses de uma CT. Utiliza-se de instrumento específico para coleta de dados. O estudo fornece evidências de que o tratamento é eficaz em alguns aspectos e propõe novas abordagens para serem discutidas.
7 - Medline	Posttreatment Victimization and Violence Among Adolescents Following Residential Drug Treatment	2003	Josephine M. Hawke, Nancy Jainchill, George De Leon. American Professional Society on the Abuse of Children Child	Avaliação e resultados do tratamento	O presente artigo faz parte de um estudo mais amplo de acompanhamento pós-tratamento de adolescentes que estiveram em CT. Analisam

			Maltreat 2003 8: 58	especificamente as relações entre a violência sofrida, comportamento violento e transtornos psiquiátricos após a passagem do adolescente pela CT.
--	--	--	------------------------	---

## Referências

ADAMS, John. **Nursing in a therapeutic community: the Fulburn experience, 1955 – 1985.** *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2009, p.2747 – 2753.

ARAÚJO, Carlos Alberto. **Bibliometria: evolução histórica e questões atuais.** Em *Questão*. Porto Alegre, Volume 12, n 1, p. 11 – 32. Jan/ Jun 2006.

ARAÚJO, W. T.; FREIRA, B. M. J.; AUTRAN, M. de M. M.; FERNANDES, J. C.; PEREIRA, R. G. **Meta-análise das dissertações do curso de mestrado ciência da informação UFPB: 1990-1999.** *Revista Informação e Sociedade: estudos*. João Pessoa, v. 10, n. 1, 2000.

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Secretaria Especial de Direitos Humanos; Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social – Brasília: MEC, ACS, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BROEKAERT, Eric; SCHUYTENB, Gilberte; ERAUWB, Kris; BRACKE, Rudy. **Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers.** *Addictive Behaviors*, Volume 29, 2004, p. 231 – 244.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001.** São

Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005/ São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. L. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD, 2010, p.503.

CHAN, Kitty S.; *et al.* **How Important are Client Characteristics to Understanding Treatment Process in the Therapeutic Community?** The American Journal of Droug and Alcohol Abuse, Volume 30, nº 4, 2004, 871 – 891.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão Institucionalização e Relevância Social.** Revista Saúde Pública de Santa Catarina. Volume 6, nº 1, 2013.

EDELEN, Maria Orlando; *et al.* **Treatment process in the therapeutic community: Associations with retention and outcomes among adolescent residential clients.** Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 2007, 415 – 421.

FERRY, Mark, FOSTER, Michael.; NATHAN, Sally;. **Peer and sexual relationships in the experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community.**Drug and Alcohol Rewien, 30, Julho 2011, 419 – 427.

FERRY, Mark, FOSTER, Michael.; NATHAN, Sally. **The experience of drug-dependent adolescents in a therapeutic community.**Drug and Alcohol Rewien, 29, Setembro 2010, 531 – 539.

FUSSINGER, Catherine. **'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II.** History of Psychiatry, 22 (2), 2011, p.146 – 163.

HAWKE, Josephine M.; JAINCHILL, Nancy; LEON, George De.**Posttreatment Victimization and Violence Among Adolescents Following Residential Drug Treatment.** Child Maltreatment, Vol 8, Nº 1, Fevereiro 2003, 58 – 71.

KENNARD, David. **The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings.**PsychiatricQuarterly, Volume 75, nº3, 2004, p. 295 – 307.

KESSLER, Felix; *et al.* **Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas.** Revista de Psiquiatria, RS, Volume 25 (suplemento 1), 2003, p. 33 - 41.

LEON, George De. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método.** Ed. Loyola, São Paulo: 2003.

MANCINI, M.C.; SAMPAIO, Rosana F. **Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da**

**evidência científica.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 1, jan./fev. 2007, 83-89.

McCAFFREY, Daniel F.; MORRAL, Andrew R.; RIDGEWAY, Greg. **Effectiveness of Community-Based Treatment for Substance-Abusing Adolescents: 12-Month Outcomes of Youths Entering Phoenix Academy or Alternative Probation Dispositions.** Psychology of Addictive Behaviors, Vol. 18, n 3, 2004, 257 – 268.

MILLS, John A.; HARRISON, T. **John Rickman, Wilfred Ruprecht Bion and The origins of the therapeutic community.** History of Psychology, Vol. 10, nº 1, 2007, 22 – 43.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010.

MORAES, Edilaine; CHALEM, Elisa; FIGLIE, Neliana Buzi. Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas na Adolescência. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química.** 2 ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 377- 394.

RAUPP, Luciane Marques; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. **A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da drogadição em uma Instituição Religiosa.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 24, nº 33, 2008, 361 – 368.

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

ROBERT, A.; ILLA, J. M.; NAVARRO, M. E. **La comunidad terapéutica para los trastornos por uso de sustancias en adolescentes.** Trastornos Adictivos. 2012; 14(4): 112-117.

SILVA, Ana Maria Farias da; MARTINI, Jussara Gue; BECKER, Sandra Greice. **A teoria das representações sociais nas dissertações e teses em enfermagem: um perfil bibliométrico.** Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, Volume 20, nº2, abr/ jun 2008.

WHITELEY, Stuart. **The evolution of the therapeutic community.** Psychiatric Quarterly, Volume 75, nº3, 2004, p. 233 – 248.

### ARTIGO 3

#### *Histórico de Comunidades Terapêuticas: uma revisão sistemática de literatura entre 2002 e 2013*

Camila Biribio Woerner<sup>8</sup>  
Fatima Büchele<sup>9</sup>

#### **Resumo**

O presente estudo constitui-se enquanto uma revisão sistemática de artigos científicos publicados entre os anos de 2002 - 2013, com o objetivo de analisar as publicações que tratam do histórico de comunidades terapêuticas, indexadas em bases de dados previamente determinadas, com descritor “comunidade terapêutica”. A análise foi realizada a partir dos dados bibliométricos dos 11 (onze) artigos selecionados, bem como, conforme a metodologia proposta por Minayo (2010). Foram identificadas duas temáticas principais: a primeira trata do percurso histórico do desenvolvimento das comunidades terapêuticas, a partir de 5 (cinco) artigos selecionados, onde são abordados aspectos relacionados aos fatores iniciais na criação das CTs e seus principais percussores. A segunda com 6 (seis) artigos, discorre sobre os métodos de trabalho/ organização profissional e institucional das CTs no período inicial e seu posterior desenvolvimento, destacando as mudanças ocorridas nas instituições, pacientes e equipe profissional após a adesão a tal modalidade de trabalho. Os estudos apontam para as alterações em termos conceituais, metodológicos, ideológicos e expansão do atendimento a

---

<sup>8</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>9</sup> Professora Associada do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – Orientadora da Pesquisa



outros públicos. A realização da revisão sistemática reuniu dados sobre o desenvolvimento histórico de tal modalidade de atendimento.

**Descritores:** História, Comunidade Terapêutica, Revisão, Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

*Historic of Therapeutic Communities: a systematic review  
of the literature between 2002 and 2013*

**Abstract**

The present study constitutes itself as a systematic review of scientific articles published between 2002 - 2013, with the aim of analyzing the publications dealing with the historic of therapeutic communities, indexed on basis of predetermined data descriptor with "therapeutic community". The analysis was performed from the bibliometrics data of 11 (eleven) selected articles, as well as the methodology proposed by Minayo (2010). Two main themes were identified: the first deals with the historical background of the development of therapeutic communities, from 5 (five) selected articles where aspects related to the initial factors in the creation of TCs and their main precursors are discussed. The second with 6 (six) articles, discusses the methods of work / professional and institutional organization of TCs in the initial period and its later development, highlighting the changes in institutions, patients and professional staff after accession to such type of work. The studies point the changes in terms conceptual, methodological, and ideological and the expansion of services to other publics. The completion of the systematic review gathered important data about the historical development of this type of service.

**Keywords:** History, Therapeutic Community, review, disorders related to substance use

**Introdução**

As consequências do uso, abuso e dependência de Substâncias Psicoativas – SPA são presenciadas

corriqueiramente pela sociedade brasileira, afetando as mais diversas esferas da vida individual e coletiva. Frequentemente a mídia, seja televisionada ou escrita, divulga notícias sobre os efeitos nefastos decorrentes do uso/abuso de tais substâncias. As consequências podem ser percebidas em diversos âmbitos, seja no campo da saúde, segurança pública, educação, entre outros, extrapolando-se aspectos sociais e/ou geográficos. Logo, o uso de SPA transforma-se em preocupação e foco de atuação de diversas esferas do governo e da sociedade civil.

Estudos epidemiológicos revelam o aumento do uso, abuso e dependência de SPA no país, considerando este aumento tanto com relação ao uso tanto de drogas lícitas como ilícitas (CARLINI, 2002, 2006, 2010). Tais dados são preocupantes e exigem respostas por parte do poder público, impulsionando este a tomar iniciativas com intuito de combater a grave situação exposta. Estas ações possuem aplicação em diversos aspectos, seja na questão de prevenção, combate ao tráfico de drogas e nas ações de saúde para o atendimento específico do público com transtornos oriundos do uso/abuso de SPA.

Ao longo dos anos, várias ações têm sido adotadas por parte do poder público e da sociedade civil com vistas ao atendimento deste público em particular, por vezes, se constituindo enquanto ações pontuais e não articuladas com a rede. Como forma de organizar tais serviços, na esfera da saúde, especificamente, em 23 de dezembro de 2001 foi instituída a portaria nº 3.088 que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 2011)

Tal portaria passa a organizar os serviços de atenção a este público, tendo como referência principal o atendimento prestado por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). O CAPSad, conforme entendimento da equipe e necessidade das

peças atendidas pode realizar o encaminhamento dos usuários para a rede de serviços. E a rede, entre outros serviços, também é constituída por Comunidades Terapêuticas - CTs, que são definidas, segundo legislação vigente como “*serviço de saúde* destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses [...]” (BRASIL, 2011, p. 7). [*grifo nosso*]

Logo, as CTs, ainda que em sua maioria estejam vinculadas ao terceiro setor, são parte integrante do sistema de saúde brasileiro no que tange ao atendimento do público com transtornos decorrentes do uso/abuso de SPA, contando com legislação e regulamentação própria (BRASIL, 2001b).

DAMAS, 2013 refere que atualmente em algumas regiões do país as CTs atendam cerca de 80% da população brasileira com tais necessidades.

Considerando esta modalidade de atendimento de grande representatividade no país é de fundamental importância que se conheça de que forma esta se encontra organizada e quais são os fundamentos de sua metodologia de trabalho. Para tanto, imprescindível é conhecer o histórico de tais instituições e a partir de qual perspectiva iniciaram seus atendimentos.

Diante do contexto supracitado o presente artigo tem como objetivo realizar uma análise, sob a metodologia de revisão sistemática, dos artigos publicados, no período de 2002 a 2013, que abordaram aspectos históricos do desenvolvimento das comunidades terapêuticas.

## **Método**

O presente estudo se constitui enquanto uma revisão sistemática, realizada a partir de artigos científicos publicados no período de 2002 a 2013, em base de dados

previamente definidas. A revisão sistemática utiliza a literatura disponível para avaliar as publicações sobre determinado assunto. Buscando a análise crítica e síntese das informações selecionadas. Tal seleção é realizada com base em critérios definidos de exclusão e inclusão (MANCINI; SAMPAIO, 2007).

Após a delimitação dos objetivos da pesquisa foram definidas as bases de dados a serem utilizadas, sendo elas: *PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, *Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, *IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde)* e *Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*.

Os protocolos de busca tiveram como base estudos sobre a temática “comunidade terapêutica”, que discutam o viés histórico de tais instituições, no período de 2002 – 2013, escrito em língua inglesa, portuguesa ou espanhola. A definição pelo período dos anos de publicação que foram incluídos na revisão sistemática trata-se de uma opção metodológica das pesquisadoras. Obviamente, que há o entendimento que tal período não será suficiente para abarcar todas as publicações existentes sobre a temática, todavia, nosso objetivo não diz respeito a concluir a discussão sobre a temática, mas sim estimular a mesma. Os estudos que não se enquadravam inicialmente em tais critérios (língua e período) foram excluídos.

A definição do recorte cronológico ocorreu a partir da utilização da metodologia intitulada história do tempo presente, que permite aos pesquisadores a opção por um determinado recorte cronológico, considerando a proposta e os objetivos do trabalho. Segundo FERREIRA (2000, p. 9) o tempo presente pode ser conceituado como o período “[...] durante o qual se produzem eventos que pressionam o historiador a revisar a significação que ele dá ao passado, a rever as perspectivas, a redefinir as periodizações, isto é, a olhar, em função do resultado de hoje, para um passado que somente sob essa luz adquire significação.”.

Para as bases de dados Medline, IBECs e Lilacs utilizamos o *DeCS* (Descritores em Ciências da Saúde) “*Comunidade Terapêutica*” (português), “*Comunidad Terapéutica*” (espanhol), “*Therapeutic Community*” (inglês). Para a base de dados PudMed, por uma questão de melhor especificação dos estudos encontrados, optou-se por utilizar os descritores “*Substance Abuse Treatment Centers*”[*mesh*] AND “*TherapeuticCommunity*”[*mesh*] (somente em inglês). A utilização dos termos é feita entre aspas com o objetivo de que os retornos sejam exatamente dos termos procurados, facilitando assim a análise e classificação do material.

Ainda que a pesquisa se proponha a estudar a temática do histórico das comunidades terapêuticas, na busca realizada inicialmente não foi incluído um descritor que diz respeito ao fator histórico/ artigo histórico. Tal questão foi opção das pesquisadoras para possibilitar uma visão mais ampla sobre os estudos publicados sobre comunidade terapêutica que será necessário para estudos posteriores. A identificação dos estudos que tratam sobre a interlocução entre as temáticas “comunidade terapêutica e histórico” foi realizada posteriormente, após a leitura e classificação dos títulos resumos dos artigos encontrados bem como dos artigos completos quando o assunto ia ao encontro aos objetivos da pesquisa.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: artigos que: a) se constituíam enquanto revisão de literatura; b) os sem resumos; c) os não relacionados à temática estudada (por exemplo, que tratavam de terapia comunitária, etc.), d) que não tratavam exclusivamente da temática estudada (por exemplo, comparações com outras formas de tratamento), e) estudos que não foram possíveis acessar o texto na íntegra (mesmo após contato com autor), f) estudos que abordavam a temática comunidade terapêutica mas sem fazer relação com o aspecto histórico. O critério de inclusão utilizado foi de “estudos que

abordavam a temática de comunidade terapêutica, a partir do viés histórico no período proposto”.

### **Organização e Classificação do Material**

A leitura e análise do material foi realizada conforme proposta por Minayo (2010), ou seja, ordenação, classificação e análise do material estudado.

O resultado inicial de nossas buscas nas bases de dados originou um total de 301 artigos. Dentre estes, 290 foram excluídos. A saber, 128 artigos excluídos por não estarem relacionados com a temática comunidade terapêutica de forma específica, 18 por não possuírem resumo, 13 por se tratar de revisão de literatura, 11 por não tratarem da temática de forma exclusiva, 2 artigos pela não possibilidade de ter acesso ao texto íntegra, mesmo após diversas tentativas e contato com os autores sem retorno, 18 artigos excluídos pela duplicidade entre as bases de dados e 100 artigos excluídos por tratarem da temática comunidade terapêutica mas sem o viés histórico necessário para o presente.

Dessa forma foram incluídos 11 (onze) artigos para análise, os quais integram o presente estudo. O processo de organização e classificação do material pode ser observado de forma ilustrativa no Fluxograma 2.

### **Descrição da Análise**

Após a classificação e organização dos 11 (onze) artigos selecionados, eles foram submetidos a uma leitura atenta e exaustiva com objetivo de identificar seus elementos centrais. Dessa forma construímos uma tabela geral (Tabela 11) onde foi possível sistematizá-los partindo de suas temáticas principais.

A organização dos dados em formato de tabela tem como objetivo possibilitar uma visão mais ampla e objetiva dos artigos. A tabela foi construída de modo que ficou

possível visualizar o título do artigo, referência, base de dados, ano publicação, tema exposto e a temática dentro da qual foram classificados pelas pesquisadoras.

### **Dados Bibliométricos**

A utilização de dados bibliométricos auxilia na seleção da informação científica e tem como objetivo possibilitar a avaliação dos aspectos quantitativos do processo de produção científica, verificando o impacto dos periódicos e a disseminação de suas informações, embora, não se trata, necessariamente, de um indicativo de qualidade destes. A análise bibliométrica também possibilita o conhecimento do tamanho e caracterização do acervo de determinada temática. (ARAÚJO *et al*, 2000; ARAÚJO, 2006; SILVA, MARTIN, BECKER, 2011).

Para o presente trabalho serão considerados os quesitos: base de dados, ano de publicação, autores, país de publicação e revistas indexadas.

### **Apresentação dos Resultados**

Os resultados do presente estudo serão apresentados em dois tipos de análise, inicialmente uma bibliométrica e em seguida a partir dos temas centrais identificados nas publicações.

### **Análise dos Dados Bibliométricos**

No presente estudo o período considerado foi de um intervalo de 12 anos (2002 – 2013), como resultado, obtivemos um total de 11 (onze) artigos, distribuídos



conforme ano de publicação que pode ser visualizado na Figura 2.

Podemos observar que os anos de 2002, 2005, 2006, 2008, 2012 e 2013 não possuem registro de nenhum artigo publicado. Em outra extremidade, o ano de 2004 indica a publicação de 5 (cinco) artigos, sendo destes 3 (três) oriundos de um mesmo periódico. Tal dado revela que naquele ano houve uma maior produção científica sobre a temática, com destaque para um periódico específico.

A produção científica se apresentou de forma irregular e ausente de um processo de continuidade, havendo períodos onde não há registro de publicações sobre a temática e outros onde há uma maior concentração. Nos últimos dois anos as publicações sobre a temática são ausentes, o que pode indicar certo desinteresse pela temática, mas ao mesmo tempo em que no Brasil existe um crescente expansão de tal modalidade de atendimento.

Há de se considerar, todavia, de que pelo fato de se tratar de uma pesquisa que considera aspectos históricos a produção sobre a temática pode decrescer ao longo dos anos, considerando talvez a atenção ficar mais centrada na modalidade de atendimento em si. Entretanto, algumas questões sobre o desenvolvimento das CTs em determinadas regiões geográficas não foram identificadas em nenhum momento da referida pesquisa.

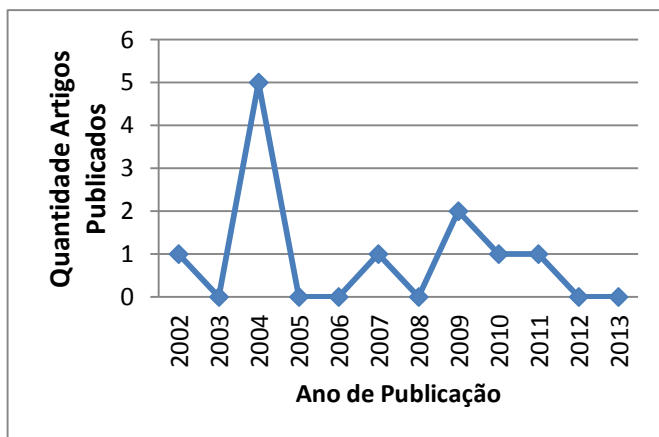


Figura 1: Distribuição dos artigos conforme ano de publicação, 2002 – 2013.

Fonte: Pesquisa realizada pelas autoras

Com relação à distribuição dos artigos, conforme a base de dados onde estes foram encontrados, houve a concentração deles em apenas duas bases. Com destaque para a Medline que publicou 90,9%, correspondente a 10 (dez) artigos selecionados. A Ibecs teve apenas um artigo, enquanto as bases PubMed e Lilacs não registraram nenhum artigo sobre a temática.

Tal situação denota uma maior concentração de pesquisas sobre a temática em periódicos da área das ciências da saúde com foco em especialidades como medicina e enfermagem, visto que é esta a características dos periódicos indexados na Medline. Tal questão pode estar relacionada a fato de que as CTs possuem seu início junto a especialidade médica da psiquiatria. Podemos observar a distribuição dos artigos conforme a Tabela 7, abaixo.

Tabela 7: Distribuição dos artigos selecionados conforme base de dados, 2002 – 2013.

<b>Base de Dados</b>	<b>N</b>
PubMed	-
Lilacs	-
Medline	10
Ibesc	1
<b>Total</b>	<b>11</b>

A Tabela 8 mostra que o maior número de publicações sobre o histórico de CTs se concentra na Europa (9 artigos), com ênfase para o Reino Unido (7 artigos). Os EUA apresentam dois artigos sobre a temática. A concentração de grande parte dos estudos estarem localizados no Reino Unido pode estar relacionada ao fato de que o início de tal modalidade de atendimento aconteceu justamente na Inglaterra, país integrante do Reino Unido. Ainda assim, o histórico de expansão das CTs para outros países da Europa e para os EUA se mostra deficitário em termos de registro e estudos históricos e inexistente no que diz respeito a outros países.

Ainda que as CTs sejam modalidades de atendimento utilizadas no Brasil (DAMAS, 2013), não foi identificado nenhum estudo que discute o histórico dessas instituições no país, bem como ausentes os relatos sobre o modo como tal forma de atendimento se desenvolveu no país e sobre quais princípios. Neste sentido, o histórico das CTs relatado nos estudos identificados parece estar “descolado” do contexto das instituições que atualmente temos no Brasil intitulado como comunidades terapêuticas.

Tabela 8: Artigos selecionados conforme país/ região de publicação, 2002 - 2013

<b>País/ Região de Publicação</b>	<b>N</b>
Norte Europeu	1
EUA	2
Espanha	1
Reino Unido	7
<b>Total</b>	<b>11</b>

Com relação aos autores por publicações foi possível identificar uma grande diversidade destes, conforme pode ser observado na Tabela 9. Os artigos encontrados são de autoria de pesquisadores diversos, o que mostra uma ausência de pesquisadores que estudem a temática de forma recorrente.

Entretanto, dois autores foram identificados como percursores de três artigos diversos, são eles Eric Broekaert e Stijn Vandeveld (2002, 2004). Estes publicaram três trabalhos de forma conjunta embora sempre com coparticipação de outros pesquisadores, diferentes em cada momento. Indicando assim a articulação entre estes dois primeiros com relação a publicações sobre a temática, concentradas nos anos de 2002 e 2004. Os demais autores não apresentam interlocução entre seus trabalhos.

Tabela 9: Distribuição dos artigos selecionados conforme  
autores, 2002 - 2013

<b>Autores</b>	<b>N</b>
Catherine Fussinger	1
Fernando Pérez del Río	1
Helen Spandler	1
John Adams.	1
John A. Mills, Tom Harrison	1
Rex Haigh, Sarah Tucker	1
David Kennard	1
Stuart Whiteley	1
Eric Broekaert, StijnVandavelde, Rowdy Yates , <i>et al</i>	1
Eric Broekaert, StijnVandavelde, Gilberte Schuytenb, <i>et al</i>	1
Eric Broekaert, StijnVandavelde, W. Vanderplasschen, <i>et al</i>	1
<b>Total</b>	<b>11</b>

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos artigos conforme o periódico no qual foram publicados. Com exceção do periódico *Psychiatric Quarterly* que agrega um total de 3 (três) artigos (HAIGH; TURKER, 2004; KENARD, 2004; WHITELEY, 2004), os demais contam com apenas um, o que evidencia a ausência de continuidade com relação a publicações sobre a temática. Cabe destaque o fato de que no periódico que contempla três artigos todos estes são do ano de 2004, concentrado em um único ano todas as publicações encontradas.

Tabela 10: Distribuição dos artigos selecionados conforme periódico, 2002 - 2013

<b>Periódico</b>	<b>Qualis</b>	
	<b>N</b>	<b>s</b>
Nordic Journal of Psychiatry (2002)	1	B2
Addictive Behaviors (2004)	1	A2
International Journal of Social Psychiatry (2004)	1	B1
Psychiatric Quarterly (2004)	3	B1
History of Psychology (2007)	1	A2
Health and Place (2009)	1	A2
Revista Associação Esp Neuropsiquiatria (2010)	1	B3
History of Psychiatry (2011)	1	B3
Journal of Clinical Nursing (2009)	1	B1
	<b>1</b>	
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>

A partir da análise feita dos artigos selecionados fica evidente a escassa produção científica sobre a temática do histórico das comunidades terapêuticas, principalmente no Brasil, considerando que dentre os artigos identificados nenhum deles é procedente de um periódico brasileiro no período pesquisado.

### **Temas Centrais Identificados nas Publicações**

Os temas centrais identificados e discutidos a partir da metodologia proposta por Minayo (2010) foram adaptados a revisão sistemática, realizando a ordenação, classificação e análise do material encontrado. A **ordenação** dos artigos possibilitou e construção da Tabela 11, a partir dos artigos incluídos, na **classificação**,

identificamos as temáticas principais e a **análise** foi realizada a partir dos temas centrais identificados, contextualizados com outras literaturas. A construção das categorias foi realizada após a leitura dos artigos selecionados.

A partir da análise qualitativa dos artigos encontrados selecionamos dois temas centrais, sendo eles:

Tema 1 (um): Percurso histórico do desenvolvimento das comunidades terapêuticas.

Tema 2 (dois): Métodos de trabalho/ organização profissional e institucional

### **Tema 1: Percurso histórico do desenvolvimento das comunidades terapêuticas**

Os estudos relacionados neste tema apresentam o desenvolvimento histórico das comunidades terapêuticas e o percurso percorrido por estas, com ênfase na fase inicial de tal proposta de atendimento, bem como, aos seus percussores e suas características principais. O destaque nesta temática volta-se para o período inicial de criação e desenvolvimento das CTs, atrelado ao respectivo período histórico.

Segundo os artigos relacionados, as CTs tiveram seu início por volta de 1940/50, na Inglaterra, em hospitais militares psiquiátricos voltados para o atendimento de soldados com traumas psiquiátricos decorrentes da guerra. Neste novo padrão de atendimento a proposta se baseava em um modelo mais humanizado com foco na autonomia das pessoas e busca pela extinção da hierarquia entre profissionais e atendidos (FUSSINGER, 2011; MILLS, HARRISON, 2007; WHITELEY, 2004).

Os autores citam como percussores de tal modelo de atendimento os profissionais que atuaram nas unidades iniciais de CTs e foram fundamentais no desenvolvimento destas. Maxweel Jones, psiquiatra sul africano, é umas das referências principais mencionadas nos estudos,

considerando em alguns momentos o “pai” das CTs (FUSSINGER, 2011; VALDEVELDE *et al*, 2004; WHITELEY, 2004). Wilfred Ruprecht Bion e John Rickmann também são referenciados como de grande importância no atendimento inicial de CT. (MILLS, HARRISON, 2007; WHITELEY, 2004). Outros profissionais como David Cooper, Ronald Laing e Franco Basaglia também tem seus nomes lembrados como fundamentais neste processo inicial de desenvolvimentos das CTs. (FUSSINGER, 2011).

Del Río (2010) proporciona o grande contraponto com rela o aos demais estudos, apresentando um histórico das comunidades terapêuticas de forma totalmente diferenciada ao colocado pelos demais autores. Ele indica o berço germânico da comunidade terapêutica, com início na Alemanha. Del Río também reivindica o reconhecimento deste país, proporcionando aos alemães o título de precursores de tal modelo de atendimento.

O sociólogo David Rapoport é citado (FUSSINGER, 2011; MILLS, HARRISON, 2007; VALDEVELDE *et al*, 2004; WHITELEY, 2004), como um dos principais pesquisadores, na década de 50, de tal modalidade de atendimento. Este identifica quatro princípios fundamentais nas CTs democráticas, sendo eles: permissividade, democracia, comunitarismo e teste de realidade. Estes princípios são entendidos como os fundamentos que direcionavam a metodologia do atendimento nestas institui es

Em geral, as propostas apresentadas pelos autores são bastante próximas e possuem semelhanças entre si, tendo uma linha histórica análoga. As maiores informa es são relacionadas ao início das CTs voltadas para o atendimento psiquiátrico, há poucas informa es com rela o ao atendimento a dependentes químicos ou a outros públicos, posteriormente incorporados.



## **Tema 2: Métodos de trabalho/ organização profissional e institucional**

Os estudos classificados nesta temática expressam a forma de organização profissional e institucional da CT, tendo com foco sua implementação, inicialmente, dentro do ambiente hospitalar. O aspecto central destes estudos não está nas pessoas que idealizaram as CTs, mas sim, o modo com as mudanças propostas atingiram os profissionais, pessoas atendidas, a *práxis* e a lógica de organização das instituições psiquiátricas. Também apresentam os diversos formatos e públicos ao quais as CTs se moldaram ao longo dos anos para prestar atendimento.

As CTs têm como um dos seus principais diferenciais o atendimento em grupos, logo, os métodos de atendimento em grupo foram uma das principais alterações históricas das CTs. A principal diferenciação ocorreu da mudança de um método de confronto para o de diálogo e discussão, sendo a vivência em grupo um dos elementos centrais de tal modalidade de atendimento (ADAMS, 2009; BROEKAERT *et al*, 2004; KENNARD, 2004).

O coletivo também é expresso quando as pessoas com maior tempo de atendimento acabam por se tornar “modelos” para os mais novos, ocupando a função de suporte e/ou de “espelho”. (BROEKAERT *et al*, 2004; KENNARD, 2004) Tais afirmações vão na mesma direção de Leon (2003), que entende que um dos principais elementos das CTs é o apoio entre os pares, de forma que as próprias pessoas em atendimento auxiliam uns aos outros durante o tratamento. Ambos, pacientes e equipe profissional, se envolvem nas atividades terapêuticas (ADAMS, 2009). Do mesmo modo, objetiva-se que as famílias também sejam incluídas no tratamento das pessoas de forma ativa (BROEKAERT *et al*, 2004).

Para, além disso, os estudos indicam que se trata de uma mudança na forma do trato com as pessoas em atendimento, que agora não são mais apenas agentes

passivos do processo, mas passam a ser considerados sujeitos da situação em si. Logo, a busca pelo empoderamento pessoal e autonomia tornam-se elementos centrais (ADAMS, 2009; KENNARD, 2004), bem como, a motivação pessoal pela busca de seu papel mais ativo e autônomo (BROEKAERT *et al*, 2002).

As modificações ocorridas em termos de lógica de funcionamento dos espaços hospitalares alteraram significativamente a forma de atuação dos profissionais, suas rotinas, a busca por princípios democráticos e a organização das hierarquias até então vigentes que foram afetadas a partir da alteração da proposta de atendimento (ADAMS, 2009; HAIGH, TUCKER, 2004; KENNARD, 2004; SPANDLER, 2009).

Diante deste cenário algumas demandas também passaram a se mostrar de formas mais visíveis, como a necessidade da melhoria do espaço físico das instituições, ampliação, capacitação e treinamento específico para os profissionais, bem como, a qualificação da gestão e da comunicação dentro das CTs (HAIGH, TUCKER, 2004).

Posteriormente, segundo os autores pesquisados, houve a inclusão de novos públicos para o atendimento em CTs como pessoas sem abrigo, prisioneiros, dependentes químicos, portadores de psicoses agudas, crianças e adolescentes, entre outros. (BROEKAERT *et al*, 2002, 2004; KENNARD, 2004) Do mesmo modo, pesquisadores também passam a frequentar as CTs e ter um diálogo mais próximo com os profissionais destas, permitindo também assim a avaliação dos abandonos prematuros do tratamento e do processo de atendimento como um todo (BROEKAERT *et al*, 2002, 2004; HAIGH, TUCKER, 2004).

## Discussão

A pesquisa realizada identificou que a temática comunidade terapêutica, de forma geral, possui um número considerável de artigos publicados, porém como nosso foco de estudo deteve-se sobre a questão histórica, a partir da utilização da metodologia da história do tempo presente, consideramos que a revisão sistemática identificou um número reduzido de artigos. Essa situação poderia vir a sugerir que tal aspecto já havia sido contemplado em momentos anteriores. Todavia, entendemos que a produção científica sobre a temática ainda se apresentou discreta, sem englobar alguns aspectos importantes, principalmente, com relação ao desenvolvimento das CTs para além de seu momento inicial de implementação/ criação.

No Brasil não foi encontrado nenhum artigo que discutiu o histórico das CTs no país, o que denota uma lacuna com relação a tal questão, até mesmo em nível de América do Sul, pois também não há nenhum registro deste continente, a partir do histórico no período estudado. Tal ausência é preocupante e pode vir a levantar diversos questionamentos com relação à forma que tais trabalhos têm sido desenvolvidos no país. Os artigos mantêm seu foco na Europa, indicado como o local de origem das CTs, com ramificações para os Estados Unidos. Não havendo registro de expansão para outros países.

Os estudos relacionados na presente revisão indicam a Inglaterra como o berço para o desenvolvimento das CTs, por volta da década de 1940 e 1950, em hospitais militares que atendiam soldados com traumas decorrentes das vivências de guerra. Com relação às pessoas tida como precursores de tal modelo Maxwell Jones é apontado como referência central, embora outros profissionais também são citados como de grande importância e com contribuições significativas. É possível que algumas experiências de trabalhos em CTs tenham se desenvolvido de forma paralela, sem que uma, necessariamente, tenha ligação com

outra, embora desenvolvessem trabalhos semelhantes e a partir de visões e objetivos bastante próximos. Tal fato é interessante pois denota, justamente, a ausência de comunicação entre tais trabalhos, fato contraditório a questão de que um dos focos das CTs se constituiu, justamente, pela ampliação da comunicação em todos os níveis.

A ampliação e consequentes dificuldades enfrentadas pelas instituições também são expressas nos trabalhos selecionados. O processo de resistência inicial por parte da equipe e dos próprios pacientes se constituiu enquanto uma realidade presente, mas que foi sendo transformada com o passar do tempo. Embora, as questões da qualificação e manutenção dos profissionais, bem como o combate aos aspectos de institucionalização das pessoas em atendimento continuaram sendo grandes desafios a ser enfrentados. A metodologia do atendimento em comunidade terapêutica passou a ser utilizada para outros públicos e adaptada às demandas próprias destes, de forma que esta foi se expandido com o passar dos anos, porém, não há relatos de uma metodologia específica para o atendimento a públicos diferenciados.

Baseado nessa constatação fica evidente que o desenvolvimento das comunidades terapêuticas, principalmente a nível nacional, ocorreu de modo aleatório e com uma organização indefinida, ausente de registros em nível científico sobre este processo. Essa revisão mostrou também a existência de uma lacuna entre os princípios de CT na Europa, sua “criação”, até sua implementação no Brasil, sem registros de que modo tal modalidade de atendimento migrou até o nosso país e como foi implantado o modelo de atendimento e seu desenvolvimento e se houve, ou não, continuidade da proposta inicial.

Foi possível identificar que a necessidade de conhecer como as CT foram criadas a partir de seu histórico é uma temática negligenciada pelo meio acadêmico e científico, justificando-se tal afirmação pela ausência de

estudos nesse período, bem como a inconstância de tais publicações. Esse dado parece relevante principalmente considerando que no nosso país existe uma política de expansão do atendimento em CTs, o que implica a consequente necessidade da ampliação do conhecimento e qualificação destas instituições.

A questão que mais causa inquietação diz respeito ao fato de que estima-se que as CTs atendam, em algumas regiões brasileiras, cerca de grande parte da população que sofre transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas (DAMAS, 2013). Logo, essas instituições caracterizam um serviço importante que atende um número expressivo da população que necessita desse tipo de atenção. Neste sentido, parece que esses serviços deveriam ser alvo de pesquisas no meio acadêmico, de políticas públicas nacionais e de preocupação social, de forma que acontecesse a avaliação, estudos e qualificação destes serviços.

Neste momento não foi nosso propósito identificar se tal modalidade de atendimento é resolutiva ou não. O fato é que se trata de um serviço amplamente utilizado e que parece necessitar de estudos e qualificações específicas. A ausência destes, principalmente no Brasil, denota que esta forma de atendimento vem se desenvolvendo a “margem”, ou até mesmo de modo “clandestino”, adaptando-se as demandas socialmente colocadas e ausentes de metodologias ou referências teóricas que direcionem suas práticas terapêuticas e metodológicas de atenção.

## **Considerações Finais**

A presente revisão sistemática diz respeito a um recorte na literatura, tendo um olhar direcionado para alguns aspectos da temática histórica das CTs. Diante do pequeno número de artigos encontrados e selecionados, torna-se evidente a necessidade da expansão de pesquisas e estudos científicos que tratem da temática em evidência. Justamente

pelo fato de que foi possível observar diversas lacunas que não são contempladas nos estudos. Principalmente em determinados momentos de transição histórica e do percurso histórico das CTs no Brasil, considerando, por exemplo, que na política pública do Brasil, a rede de atenção em saúde para pessoas com transtornos decorrentes do uso/abuso de álcool ou drogas outras indica a possibilidade de utilização das CTs, como uma possibilidade de atendimento. Embora, como visto, não há registros históricos do modo como tais instituições se desenvolveram no país e sua metodologia de atendimento, ainda que estejam incluídas na RAPS.

Como citado anteriormente, há o entendimento de que visto o período ao qual a revisão sistemática foi limitada pode ocorrer que alguns artigos históricos não tenham sido contemplados no presente estudo. Todavia ainda assim as publicações sobre a temática se apresentaram de forma discreta e inexistente em nível nacional, onde foi ausente de qualquer tipo de estudo sobre o histórico das comunidades terapêuticas no país. Isso pode nos levar a pensar que a CTs existentes no nosso país trabalham com este público sem sequer fazer qualquer avaliação de como acontece essa modalidade de atenção.

Os estudos selecionados apresentam o histórico do desenvolvimento das CTs e seus percussores de forma ampla e dentro de um determinado padrão histórico. Porém, estes se limitam, em sua maioria, ao contexto europeu, sem expor aspectos de como tal modalidade de atendimento foi migrando para outros países, principalmente para a América do Sul.

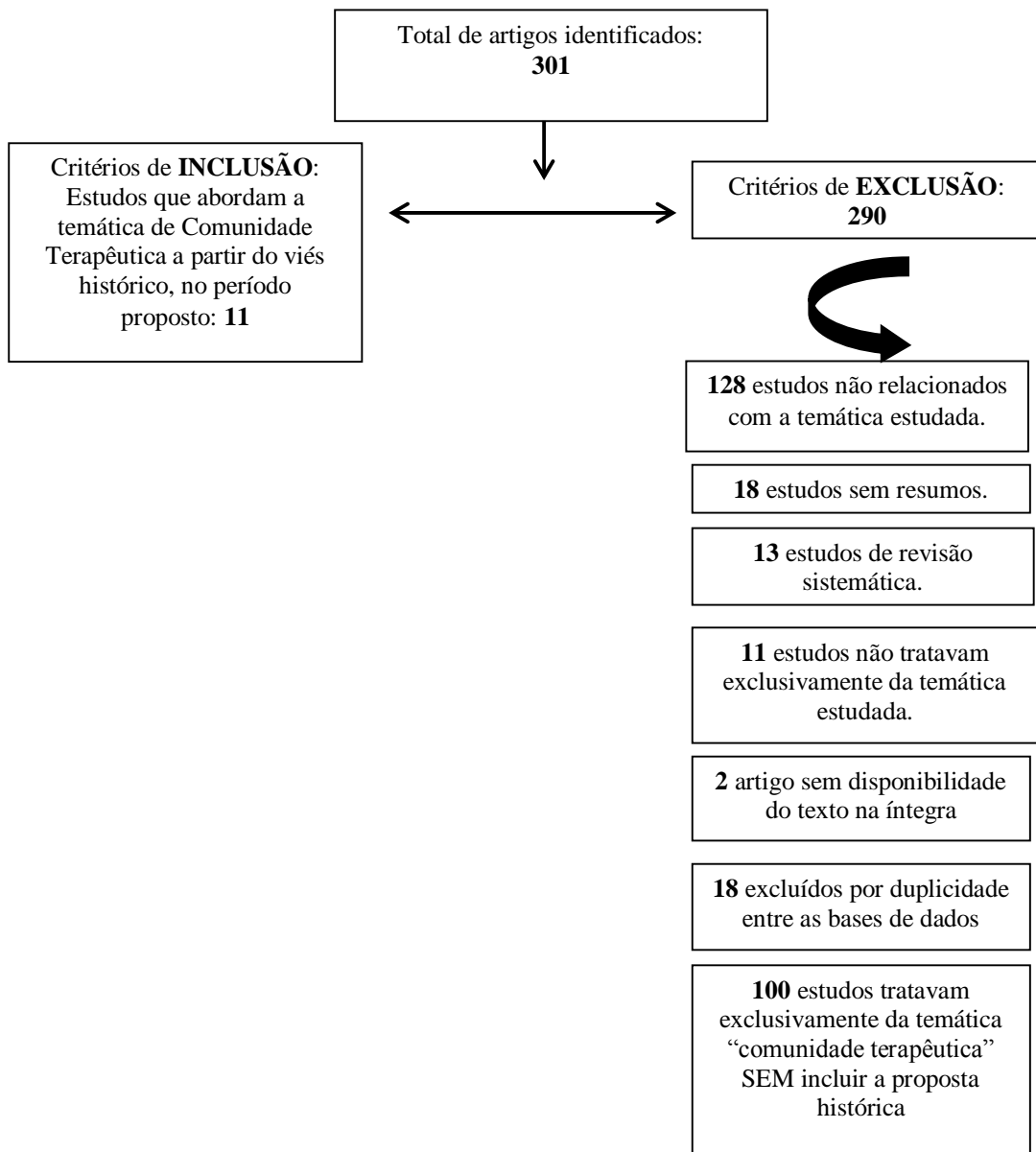
A temática estudada ao mesmo tempo em que é complexa e exige diferentes olhares e interfaces de atendimentos se constitui enquanto carente de estudos que possam ajudar nesse contexto. As CTs atendem um grande número de pessoas no país, para tal é fundamental o conhecimento sobre o modo de como que tais instituições estão organizadas, sua metodologia de trabalho, a necessidade do conhecimento de seu histórico, do seu

funcionamento, de suas raízes, talvez isso pudesse auxiliar nossos profissionais da rede de atenção, na compreensão e ajuda desse tipo de atendimento.

Conhecer tais instituições em sua complexidade significa realizar ações concretas em prol da qualificação destas. Não é de nosso interesse nesse estudo defender ou atacar essa modalidade de atendimento. A questão é que as CTs são atualmente uma realidade no país, muitas vezes até podendo estar na contra mão da Reforma Psiquiátrica brasileira, considerando o tratamento fechado, longo e o padrão de modalidades terapêuticas, mas sim evidenciar que elas seguem em ritmo de expansão intenso, principalmente no Brasil e tem prestado o atendimento a uma grande parcela da população com problemas oriundos do uso/abuso de SPA.

Direcionar um olhar científico, com foco à estudar o histórico, conseqüente a qualificação e avaliação que essas publicações nos trouxeram destes serviços, se constitui enquanto necessidade e responsabilidade acadêmica e para com esta população, já tão estigmatizada e vítima de preconceitos em si e da condição de vida oriunda desta situação.

## Fluxograma 2





**Tabela 11 - Artigos Incluídos**

<b>Base</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Referência</b>	<b>Temática</b>	<b>Tema Central</b>
1 - Medline	'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II	2011	Catherine Fussinger. History of Psychiatry, 22 (2), p.146 – 163.	Percurso histórico do desenvolvimento das CTs	Relata a evolução das CTs dentro das instituições psiquiátricas de forma geral. Apresenta as primeiras instituições do período inicial, características e princípios. Também expõe quatro momentos cronológicos das CTs.

2 - IBEC S	Origen alemán de la comunidade terapêutica	20 10	Fernando Pérez del Río. Revista Associação Esp Neuropsiquiatria, vol XXX, nº 167, p. 531-539, p. 145 - 149.	Percurso histórico do desenvolvimento das CTs	Expõe o início das CT's como sendo na Alemanha, ao mesmo tempo, que realiza a crítica as histórias das CT's que desconsideram tal origem germânica. Expõe os pontos principais de tal proposta.
3 - Medline	Spaces of psychiatric contention: A case study of a therapeutic community	20 09	Helen Spandler. Health e Place, 15, p. 672 - 678.	Métodos de trabalho/organização profissional e institucional	Relata o desenvolvimento de uma CT dentro de um hospital psiquiátrico. Analisa a experiência a luz da psiquiatria, como um espaço de contenção. Expressando ambientes de embate, bem como, o processo de socialização e de mudanças ocorridas.
4 - Medline	Nursing in a therapeutic community: the	20 09	John Adams. Journal of	Métodos de trabalho/	Relata as mudanças ocorridas no

	Fulburn experience, 1955 – 1985		Clinical Nursing, 18, p.2747 – 2753.	organizaçã o profissio n al e institucio n al	corpo da enfermagem após a transformação do hospital Fulburn em uma comunidade terapêutica. Apresenta as mudanças enfrentadas e quebra de paradigmas, tanto pelos profissionais das diversas áreas como pelos pacientes.
5 - Medline	John Rickman, Wilfred Ruprecht Bion and The origins of the therapeutic community.	2007	John A. Mills, Tom Harrison. History of Psychology , Vol. 10, nº 1, 22 – 43.	Percurso histórico do desenvolvimento das CTs	Relata as origens das CT's tendo como base o Hospital Militar Northfield em Birmingham, a partir de Rickmann e Bion. Expõe o contexto social e histórico que desencadeou neste modelo de atendimento. Destaque as características principais de uma CT.

6 - Medline	Democratic development of standards: the community of communities —a quality network of therapeutic communities	20 04	Rex Haigh, Sarah Tucker. <i>Psychiatric Quarterly</i> , Volume 75, nº. 3, p. 263 – 277.	Métodos de trabalho/organização profissional e institucional	Apresenta o movimento inglês de organização das CTs, ocorrido no final da década de 1990. Expressa as formas como as CTs se organizaram com o objetivo de fortalecimento e de se consolidarem como espaços democráticos.
7 - Medline	The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings	20 04	David Kennard. <i>Psychiatric Quarterly</i> , Volume 75, nº3, p. 295 – 307.	Métodos de trabalho/organização profissional e institucional	Expressa a proposta de atendimento em CT para públicos/pacientes diversos, fazendo um breve histórico destes. Apresenta a proposta de atendimento para crianças e jovens, pessoas com psicose, presidiários e para pessoas com dificuldades

					de aprendizagem.
8 - Medline	The evolution of the therapeutic community	2004	Stuart Whiteley. Psychiatric Quarterly, Volume 75, nº3, n p. 233 – 248.	Percurso histórico do desenvolvimento das CTs	Apresenta os antecessores das CT's e posterior a evolução do atendimento na modalidade de CT, tomando como ponto de partida os hospitais psiquiátricos miliares da II Guerra Mundial, na Inglaterra. Para tanto, apresenta dois exemplos, dos exemplos: a) O Hospital em Nortfield (Bion e Rickmann); b) O Hospital Mill Hill, em Londres (Maxwell Jones).
9 - Medline	The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retro	2004	StijnVanderveelde, Eric Broekaert, Rowdy Yates, Martien Kooyman.	Percurso histórico do desenvolvimento das CTs	Compara dois modelos de CT: o modelo democrático inglês, tendo Maxweel

	<p>spective account of the 'democratic' Maxwell Jones TC and the hierarchical Concept-Based TC in prison</p>		<p>International Journal of Social Psychiatry, Volume 50 (1), p. 66 – 79.</p>		<p>Jones como seu representante e o modelo democrático de CT hierárquica livre de drogas, norte americano. Concluí que ambos os modelos são semelhantes com princípios próximos. Não são modelos de oposição, mas sim modelos complementares. Apresenta a semelhança e diferenças entre os dois espaços e breve percurso histórico de ambos.</p>
10 - Medline	<p>Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers</p>	2004	<p>Eric Broekaert, Stijn Vanderveelde, Gilbert Schuytenb, Kris Erauwb, Rudy Bracke. Addictive</p>	<p>Métodos de trabalho/organização profissional e institucional</p>	<p>O artigo expõe as mudanças que ocorreram nos grupos realizados nas CT's. Como estes tiveram uma mudança</p>

			Behaviors, Volume 29, p. 231 – 244.		conceitual passando de grupos de confronto para grupos de discussão e diálogo. Também expõe as diferenças entre os pacientes mais novos e os mais velhos. Pontua o início das CT's para toxicódepentes.
11 - Medline	Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers.	2002	Eric Broekaert; S. Vandeveldelde ; W. Vanderplaschen; V. Soyez; A. Poppe. Nordic journal of psychiatry, 56(5), p. 371-377.	Métodos de trabalho/organizaçã o profissional e institucional	Aborda o atendimento de CT voltado para a dependência química exclusivamente e o modo como a proposta foi se direcionando para tal grupo. Considera as comorbidades psiquiátricas apresentadas pelos pacientes em conjunto com

					aspectos de motivação e apoio familiar. Apresenta a sistematização do atendimento a partir da década de 80, bem como, a interlocução entre a instituição e pesquisadores.
--	--	--	--	--	---



## Referências

ADAMS, John. **Nursing in a therapeutic community: the Fulburn experience, 1955 – 1985.** *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2009, p. 2747 – 2753.

ARAUJO, Carlos Alberto. **Bibliometria: evolução histórica e questões atuais.** Em *Questão*. Porto Alegre, Volume 12, n 1, p. 11 – 32. Jan/ Jun 2006.

ARAUJO, W. T.; FREIRA, B. M. J.; AUTRAN, M. de M. M.; FERNANDES, J. C.; PEREIRA, R. G. **Meta-análise das dissertações do curso de mestrado ciência da informação UFPB: 1990-1999.** *Revista Informação e Sociedade: estudos*. João Pessoa, v. 10, n. 1, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n. 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 de ago. 2011 b.

BROEKAERT, Eric; VANDEVELDE, Stijn; VANDERPLASSCHEN, W.; SOYEZ, S; POPPE, A. **Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers.** *Nordic journal of psychiatry*, 56(5), 2002, p. 371-377.

BROEKAERT, Eric; SCHUYTENB, Gilberte; ERAUWB, Kris; BRACKE, Rudy. **Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers.** *Addictive Behaviors*, Volume 29, 2004, p. 231 – 244.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001.** São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005/** São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. L. A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília: SENAD, 2010, p.503.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão Institucionalização e Relevância Social.** Revista Saúde Pública de Santa Catarina. Volume 6, nº 1, 2013.

DEL RÍO. **Origem e desenvolvimento da comunidade terapêutica.** Revista Associação Esp. Neuropsiquiatria, vol XXX, nº 167, 2010, p. 145 – 149.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, Petrópolis, v.94, nº 3, p.111-124, maio/jun., 2000.

FUSSINGER, Catherine. **'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II.** History of Psychiatry, 22 (2), 2011, p.146 – 163.

HAIGH, Rex; TUCKER, Sarah. **Democratic development of standards: the community of communities—a quality network of therapeutic communities.** Psychiatric Quarterly, Volume 75, nº. 3, 2004, p. 263 – 277.

KENNARD, David. **The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings.** *Psychiatric Quarterly*, Volume 75, nº3, 2004, p. 295 – 307.

LEON, George De. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método.** Ed. Loyola, São Paulo: 2003.

MANCINI, M.C.; SAMPAIO, Rosana F. **Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 1, jan./fev. 2007, 83-89

MILLS, John A.; HARRISON, T. **John Rickman, Wilfred Ruprecht Bion and The origins of the therapeutic community.** *History of Psychology*, Vol. 10, nº 1, 2007, 22 – 43.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010.

SILVA, Ana Maria Farias da; MARTINI, Jussara Gue; BECKER, Sandra Greice. **A teoria das representações sociais nas dissertações e teses em enfermagem: um perfil bibliométrico.** *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, Volume 20, nº2, abr/ jun 2008.

SPANDLER, Helen. **Spaces of psychiatric contention: A case study of a therapeutic community.** *Health e Place*, 15, 2009, p. 672 – 678.

VANDEVELDE, Stijn; BROEKAERT, Eric; YATES, Rowdy, KOOYMAN, Martien. **The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the ‘democratic’ Maxwell Jones TC and the hierarchical Concept-Based TC in prison.** *International Journal of Social Psychiatry*, Volume 50 (1), 2004, p. 66 – 79.

WHITELEY, Stuart. **The evolution of the therapeutic community.** *Psychiatric Quarterly*, Volume 75, nº3, 2004, p. 233 – 248.