

SERVIÇO SOCIAL X COMUNIDADE TERAPÊUTICA: FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

SOCIAL WORK vs THERAPEUTIC COMMUNITY: FACTORS ASSOCIATED WITH THE ABANDONMENT OF DRUG ADDICTION TREATMENT

TRABAJO SOCIAL vs COMUNIDAD TERAPÉUTICA: FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA QUÍMICA

Ivone Kutelak¹
Jean Cristopher Sanches²

Resumo

Este trabalho visa analisar os principais fatores associados ao abandono do tratamento de dependência química em comunidades terapêuticas. Examina-se, também, o papel da família e do Serviço Social para evitar esta desistência e, conseqüentemente, recaídas — o que agrava o quadro de dependência. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, realizada em livros, prontuários psicossociais e bancos de dados. Os resultados indicaram que o atendimento socioassistencial, bem como a participação da família, pode evitar o abandono precoce do tratamento em comunidades terapêuticas.

Palavras-chave: comunidade terapêutica; tratamento de dependentes; Serviço Social.

Abstract

This study aims to analyze the main factors associated with the abandonment of drug addiction treatment in therapeutic communities. It also examines the role of the family and Social Work to avoid this, consequently, recurrences — which aggravate the dependence condition. Regarding the methodology, this is bibliographic and documentary research carried out in books, psychosocial records, and databases. The results indicated that social assistance, as well as family participation, can reduce treatment abandonment in therapeutic communities.

Keywords: therapeutic community; treatment of drug dependents; Social Work.

Resumen

Este trabajo pretende analizar los principales factores asociados al abandono del tratamiento de dependencia química en comunidades terapéuticas. Se examina, también, el rol de la familia y del Trabajo Social para evitar esa desistencia y, en consecuencia, recaídas — que agravan el cuadro de dependencia. Desde la perspectiva metodológica, se trata de una investigación bibliográfica y documental, realizada en libros, informes psicossociales y banco de datos. Los resultados indican que la asistencia social así como la participación de la familia puede evitar el abandono precoz del tratamiento en comunidades terapéuticas.

Palabras-clave: comunidad terapéutica; tratamiento de dependientes; Trabajo Social.

1 Introdução

O presente trabalho versa sobre a problemática do abandono precoce do tratamento da

¹ Graduanda em Serviço Social do Centro Universitário Internacional UNINTER. E-mail: ivonekutelak@yahoo.com.br.

² Professor Orientador: Graduado em Serviço Social (Uniderp), Pedagogo (Faculdade São Braz) e graduando em Psicologia (Unicuritiba) – Especialista em Saúde Mental, Dependência Química, Gestão do SUAS, Docência do Ensino Superior e Psicopedagogia. E-mail: sanchesjeanrj@hotmail.com.

dependência de álcool e outras drogas; objetiva-se compreender os motivos que levam a tal abandono, para obtenção de respostas simples e concisas. Destarte, de que forma a desistência ao tratamento precoce de álcool e outras drogas pode levar o adicto à recaída? Qual a reação da família na decisão de interromper o tratamento pelo familiar? Como o Serviço Social pode intervir?

A justificativa para este trabalho é que o abandono do tratamento em comunidade terapêutica leva, na maioria das vezes, à recidiva, contribuindo para o agravamento do quadro de dependência química, que possui grande impacto sobre o indivíduo dependente, sua família e a vida em sociedade.

Além disso, a importância do acompanhamento multiprofissional aos indivíduos que estão em tratam é inegável; está diretamente ligada à dificuldade que o dependente químico encontra em permanecer na comunidade e completar o ciclo de (12) doze meses — tempo considerado necessário para o fortalecimento psicológico e retorno ao convívio familiar e social. Esta é uma problemática específica, que contém uma questão maior: a recuperação da dependência química. Assim, é preciso identificar os principais fatores associados ao abandono do tratamento de forma antecipada, de modo a oferecer, futuramente, alternativas para diminuir os índices de desistência, principalmente no âmbito das comunidades terapêuticas, objeto deste trabalho.

2 Objetivos

Objetiva-se realizar um processo socioeducativo para contribuir para o processo de adesão ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas, bem como evitar o abandono precoce do tratamento. Já os objetivos específicos deste trabalho são: (a) descrever as características sociodemográficas da população estudada; (b) identificar como o Serviço Social organiza seu processo de trabalho junto à política de desenvolvimento social e com os familiares do acolhido; (c) apresentar e avaliar o programa de reabilitação desenvolvido na comunidade; (d) identificar indicadores e dados qualitativos que influenciam a desistência precoce do tratamento; (e) apresentar a interface do Serviço Social, em consonância com o trabalho realizado com os dependentes de álcool e outras drogas.

3 Metodologia

Para a concretização deste trabalho, realizou-se uma pesquisa em fontes primárias, como documentos arquivados na instituição, mantendo o anonimato dos acolhidos. Realizou-

se, também, uma busca em fontes secundárias, para a revisão bibliográfica, para a qual serão utilizadas, segundo Gil (1996), “material já publicado”, como: artigos acadêmicos, monografias, dissertações e teses — localizados em repositórios on-line confiáveis, como SciELO e CAPES. Os termos utilizados para busca foram: “evasão em Comunidades Terapêuticas”; “tratamento para dependência química”; “Serviço Social e dependência química”; e “dependência química e sociedade”.

A Comunidade Terapêutica ABAI é um dos departamentos da instituição que desenvolve atendimentos socioeducativos, agroecológicos e de garantia de direitos a pessoas em situação de vulnerabilidade social, refugiados e imigrantes, trabalho de prevenção com crianças e jovens do território, sendo uma referência na região desde a sua fundação, em 1979. Está localizada em Mandirituba-PR (ABAI, 2020), que faz parte da Região Metropolitana de Curitiba, tendo como limites: Fazenda Rio Grande ao norte; Agudos do Sul ao sul; São José dos Pinhais e Tijucas do Sul a leste; Quitandinha e Araucária a oeste. Localiza-se a -25° 46' 44" de latitude sul e - 49° 19' 34" de longitude oeste, a uma altitude de 925 metros, ocupando uma área de 381,392 km² (MANDIRITUBA, 2020).

A população estimada de Mandirituba é de 26.869 pessoas, sendo cerca de 58,60 hab/km², com 94,7% com escolaridade entre 6 e 14 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano municipal é de 0,655, e a mortalidade infantil é de aproximadamente 15 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2020).

Em 2017, o salário médio mensal da localidade era de 2.2 salários-mínimos, e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 21.8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupa as posições 92 de 399 e 133 de 399, respectivamente. Quanto aos rendimentos mensais, 33.7 % da população recebia até meio salário-mínimo por pessoa; nessas condições, o município ocupava o 177º lugar de 399 entre as cidades do estado e a posição 3850 de 5570 entre as cidades do Brasil (IBGE, 2020).

Ademais, 40.6% dos domicílios têm esgotamento sanitário adequado, 2.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 10.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, ocupa a posição 144 de 399, 394 de 399 e 351 de 399, respectivamente (IBGE, 2020).

É um local associado a grupos de atividade laborativa rural. Os moradores são muito receptivos e educados, assim, o ambiente difere da vida mais intensa do centro metropolitano. Contudo, é um local em que a informação não chega facilmente e a população tem pouco acesso aos programas sociais. Assim, a renda familiar vem do que é produzido, pois, há a

cultura da agricultura familiar. Poucas moradias têm saneamento básico oriundo de benfeitorias municipais ou do estado, como as mais próximas ao centro da comunidade; inúmeras casas são pequenas, feitas de madeira e com fogão à lenha (CARVALHO FILHO, 2017).

Entretanto, o assistencialismo ainda existe; os moradores recorrem diretamente aos detentores do poder municipal quando precisam de algum medicamento ou outras demandas não relacionadas à saúde. Não há boa sistematização, sendo que de um lado fica o munícipe querelante, e de outro o assistencialista do poder municipal que decide diretamente o que será ofertado ou não, ao caso de cada morador em particular (CARVALHO FILHO, 2017).

4 Substâncias psicoativas e sua classificação pela Organização Mundial da Saúde

A 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), define a dependência química como:

[...] um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de determinada substância. A dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou a cocaína), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes (OMS, 2019 apud GUERRA, 2014, n.p.).

Já a substância psicoativa é uma substância química que age principalmente no sistema nervoso central; altera a função cerebral e muda, temporariamente, a percepção, o humor, o comportamento e a consciência (OMS, 2019). Assim, “a dependência química apresenta vários fatores de risco. Determinadas características ou situações podem aumentar ou diminuir a probabilidade de surgimento e/ou agravamento de problemas com o álcool e outras drogas” (GUERRA, 2013, n.p.). Os sintomas principais da dependência são: desejo incontrolável de usar a substância; perda de controle (não conseguir parar depois de ter começado); e aumento da tolerância (necessidade de doses maiores para atingir o mesmo efeito obtido com doses anteriormente inferiores ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância). Já a abstinência provoca as seguintes manifestações: sudorese, tremores, agitação, ansiedade, delírio, entre outros. Nesse contexto, a intervenção de profissionais de saúde e social é fulcral no tratamento de indivíduos cujo vício começou a impactar a saúde física, a rotina, as funções acadêmicas, ou profissionais, e as relações pessoais (OMS, 2019).

5 Promoção de saúde do usuário através do SUS

Conforme Prata e Santos (2009), as estratégias de promoção da saúde devem visar a transformação das situações de desigualdade, além de instrumentalizar o indivíduo com informações, permitindo que tenha uma vida saudável. Tais elementos são fulcrais para que os sujeitos tenham melhores condições para avaliar e discernir aspectos relacionados ao uso de droga, podendo, assim, evitar o seu uso.

Em 2001, o SUS começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares de atenção integral em álcool e drogas. Em 2009, criou o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas. O SUS tem por objetivo expandir estratégias de tratamento e prevenção ao consumo de álcool e outras drogas, mediante desenvolvimento de ações intersetoriais nas esferas governamentais e Organizações da Sociedade Civil (OSC). Neste contexto, incluem-se as comunidades terapêuticas, que contam com a atuação de profissionais do Serviço Social e de outras áreas; estas comunidades “norteiam suas ações ao respeito ao *modus vivendi* da população, com a promoção de direitos humanos, inclusão e reinserção social, enfrentamento do preconceito e resgate da cidadania.” (BRASIL, 2010). Ademais, “[...] tipo de ajuda mais adequado para cada pessoa depende de suas características pessoais, da quantidade e padrão de uso de substâncias, e da presença de problemas de ordem emocional, física ou interpessoal decorrentes do uso deste.” (BRASIL, 2010).

A avaliação do paciente pode envolver diversos profissionais da saúde, como médicos clínicos e psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, Assistentes Sociais e enfermeiros. Quando diagnosticada, a dependência química deve contar com acompanhamento a médio e longo prazo para assegurar o sucesso do tratamento, que varia de acordo com a progressão e gravidade da doença. [...] O tratamento para dependência química acontece por intermédio de múltiplas intervenções terapêuticas, psicológicas, laborais e sociais, bem como equipes multiprofissionais que tratam este indivíduo de uma forma holística, com o olhar voltado à reabilitação e à reinserção social (BRASIL, 2010).

Existem inúmeros estudos voltados para esta área, porém poucas estratégias concretas para lidar com os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas — com foco no cuidado e na atenção. Em vista disso, evidencia-se a fragilidade dos sujeitos e das instituições de tratamento. Com o intuito de minimizar os efeitos desta desatenção, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através do decreto 7508/11, de modo a promover a atenção integral aos usuários. Este sistema é responsável por diferentes dispositivos de cuidado e atenção integral, e tem como premissa o respeito à autonomia dos usuários (BRASIL, 2010). Somente após o entendimento e aceitação da condição de dependência, o indivíduo busca ajuda dos profissionais da rede do município onde reside; tais intervenções iniciam-se no

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), porta de entrada da Assistência Social. A adesão ao tratamento é imprescindível para o sucesso da terapia proposta e para mitigar os efeitos da abstinência — falta da substância psicoativa no organismo; assim, reduz-se a remissão do transtorno, de danos e recaídas, com vistas à reinserção social.

Segundo Prata e Santos (2009), na atualidade, o tratamento da dependência química, bem como as intervenções que visam a promoção da saúde e a prevenção do uso de drogas, deve romper com o modelo cartesiano, apesar das dificuldades ainda vivenciadas, e assumir que reduzir o fenômeno da drogadição em nossa realidade depende da interação entre vários grupos; exige-se, assim, mudanças substanciais na organização social, o que diminui as desigualdades presentes nesse contexto.

Também são necessárias mudanças na formação dos profissionais que lidam com essa questão, além de alterações na forma de encarar o paciente ou o indivíduo que apresenta maior vulnerabilidade em relação à droga, encarando os mesmos como seres ativos, que possuem saberes e fazeres próprios, diretamente implicados no processo saúde/doença (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 210).

Conforme Prochaska e DiClemente (1982), o dependente químico apresenta cinco momentos (estágios) quanto ao seu vício:

Pré-contemplação: a fase em que o dependente não admite ter problemas com as drogas;

Contemplação: momento em que se manifesta a ambivalência com relação às razões para a mudança;

Preparação: o indivíduo demonstra vontade de transformação;

Ação: o indivíduo para de usar a substância química;

Manutenção: momento em que a pessoa desenvolve um estilo de vida que evita a recaída (RUMPF *et al.*, 1999). A ambivalência apresenta-se de modo particular em cada indivíduo, no tocante às decisões referentes ao tratamento para dependência química — demonstrada pelo usuário através de uma firmeza momentânea na decisão do tratamento; contudo, logo em seguida, vem a decisão do “não quero” — momento ideal para que a intervenção profissional aconteça.

5.1 Recaída e abandono de tratamento

Define-se a recaída como um retorno ao uso de drogas, após um determinado período de abstinência, e está associada às seguintes situações: falta de apoio familiar; falta de acompanhamento apropriado; envolvimento com antigos amigos usuários; uso de bebidas

alcoólicas; necessidade de aprovação social; e frustrações diante de circunstâncias adversas (RIGOTTO; GOMES, 2002).

Estudos realizados demonstram que a maioria dos dependentes químicos abandona o tratamento nos três primeiros meses; a tal fenômeno, dá-se o nome de *abandono precoce* (CORTÉS, 2001). Segundo Goñi (2008), 50% dos abandonos acontecem porque o paciente considera já ter atingido os seus objetivos terapêuticos, e que a droga já não seria um problema em sua vida; isto é, excesso de otimismo em si mesmo e atitude negativa em relação ao tratamento.

O grande desafio da recuperação é substituir a rotina centrada na droga por novos hábitos, o que evita o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores (RIGOTTO; GOMES, 2002). Há, também, momentos em que o acolhido é liberado para realizar visita familiar de ressocialização; contudo, durante esse período, podem ocorrer as recaídas e, conseqüentemente, as desistências, o que impede o retorno para à comunidade terapêutica. Um dos fatores mais comuns para as desistências ocorre devido à vontade de usar droga ou álcool — seja esta uma vontade explícita ou oculta, como afirma Goti (1990). Inicialmente, esta tendência sugere uma forma subliminal de isentar-se da responsabilidade pelo insucesso da abordagem terapêutica com um determinado indivíduo, mas, principalmente, mostra a dificuldade de compreender este fenômeno.

O acolhido pode desistir por não se identificar com o local, por não suportar os limites impostos, por não se adequar ao trabalho, entre outros fatores. Por vezes, o acolhido desiste do tratamento por ser o provedor familiar, pois, mesmo sendo dependente químico, consegue manter financeiramente a família. Neste contexto, é comum não haver o apoio familiar, já que os membros necessitam do acolhido para manter o sustento do lar (GOTI, 1990).

5.2 Participação da família no tratamento

A participação da família no tratamento está diretamente relacionada ao grau de necessidade de mudança por parte do usuário, de manutenção da abstinência e da continuidade do processo de recuperação. Uma família com conhecimento e entendimento da dependência, relacionada ao ente, tem mais chance de sucesso no processo de reorganização e manutenção da recuperação do indivíduo do que aquelas que não aderem ao programa ou que não se incluem nos problemas dos indivíduos que apresentam dependência. Nesse sentido, deve haver participação em grupos de ajuda mútua para familiares, como Al-anon, Nar-Anon e Amor Exigente, Pastoral da Sobriedade, entre outros, com nomenclaturas diferentes. No

entanto, o objetivo é o mesmo: dar suporte e preparar a família para lidar com as adversidades e crises que virão ao longo da caminhada do indivíduo no processo de recuperação. Algumas comunidades terapêuticas incluíram a terapia familiar sistêmica no atendimento às famílias. Assim, receber a família no estágio inicial da internação; ajudá-la a reelaborar sua história; apoiá-la; sair da conversa da “droga”, e entender o que se passa com o familiar; ressignificar a experiência de cada um; e tentar construir uma maneira mais produtiva de seguir a vida, têm sido os desafios enfrentados pelos terapeutas familiares, que têm o papel de agir como facilitadores, tradutores e mediadores. Isto posto, os familiares e amigos devem estar preparados para acolher, ouvir, sintonizar, significar, traduzir, não desafiar, não confrontar, não julgar, mas, sim, cooperar e não querer controlar a vida do outro.

5.3 Interface do Serviço Social com dependentes químicos

O Serviço Social desenvolve um trabalho intensivo de atendimento junto à comunidade terapêutica, em que se observa uma demanda complexa e significativa de trabalho — tendo em vista a sustentação do tratamento interdisciplinar. Os profissionais desta área realizam, também, uma intervenção junto às famílias dos indivíduos, bem como atendimentos individuais e em grupos dos acolhidos, articulando espaços e agentes facilitadores no processo de recuperação.

Assim, o principal objetivo do Serviço Social é prestar atendimento socioassistencial para o acolhido, visando seu desenvolvimento integral. O foco é a reintegração social e a retomada dos projetos de vida deste sujeito, além do engajamento na rede pública de saúde, educação e assistência social.

6 Considerações finais

O Serviço Social tem um papel fulcral na garantia de direitos de usuários que buscam tratamento para a dependência química, pois conhecendo o histórico familiar do acolhido — e suas singularidades — pode-se intervir para integrá-lo em programas comunitários de apoio aos pacientes e familiares, através da rede psicossocial e socioassistencial; evita-se, dessa forma, que este usuário abandone precocemente o tratamento. Destarte, é possível promover uma mudança quanto a estigmas e preconceitos, por intermédio de estratégias que contribuam com a adesão ao tratamento interdisciplinar, bem como busca por espaços e agentes facilitadores para a realização das ações propositivas. Dessa forma, todos os sujeitos envolvidos no tratamento do dependente químico podem contribuir para a eficácia da

recuperação, com vistas à qualidade de vida.

Referências

- CARVALHO FILHO, Roberto. **Promoção da saúde: conceitos, contextualização e projeto de intervenção em Mandirituba-PR**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016.
- GUERRA, A. O papel da família na prevenção e consumo precoce de álcool. Diálogo aberto e colocação de limites ajudam a proteger crianças e jovens do abuso de bebidas alcoólicas. **Minha vida**, [S.l.], 2013. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/dependencia-quimica>. Acesso em: 14 jul. 2014.
- GUERRA, A. Dependência química - Sintomas, Tratamentos e Causas. **Minha vida**, [S.l.], 2014. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/dependencia-quimica>. Acesso em: 14 jul. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Mandirituba. **IBGE**, [S.l.], 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/mandirituba.html>. Acesso em: 07 fev. 2020.
- MANDIRITUBA. **A cidade**. 2020. Disponível em: <https://mandirituba.pr.gov.br/a-cidade/>. Acesso em: 06 fev. 2020.
- OLIVEIRA, M.S. **A eficácia da intervenção motivacional em dependentes do álcool**. 2000. 247 f. Tese (Doutorado em Medicina) - UNIFESP/EPM, São Paulo, 2000.
- PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.
- PROCHASKA, J. O; DICLEMENTE, C. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: HERSEN, M; EISER, M; MILLER, W. (org.). **Progress in behavior modification**. Sycamore: Sycamore Press, 1992.
- RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, abr. 2002.
- RUMPF, H. J.; HAPKE, U.; MEYER, C.; JOHN, U. Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol-dependent individuals in a General Hospital and a general population sample. **Gen Hospital Psych**, v. 21, p. 348-53, 1999.

SEADI, Susana M. Sastre; OLIVEIRA, Margareth da Silva. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 363-378, 2009 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: OMS, 2003.