



Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica

Social Work and Mental Health: practice of the social worker in a social therapeutic community

CAMILA BIRIBIO WOERNER*



RESUMO – O presente artigo tem como objetivo contribuir com as discussões acerca do trabalho profissional do assistente social, possibilitando reflexões sobre a interlocução teórica e prática. Atualmente, o assistente social encontra-se inserido em diversos espaços sócio-ocupacionais, entre eles a saúde mental. Iremos abordar de forma específica a atuação com adolescentes dependentes químicos em uma comunidade terapêutica. A reflexão aqui apresentada diz respeito à prática do assistente social e à descrição de estratégias e intervenções utilizadas nessa realidade, na qual a atuação do profissional de serviço social é de grande importância e, ao mesmo tempo, desafiadora.

Palavras-chave – Serviço Social. Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias. Comunidade Terapêutica.

ABSTRACT – This article aims to contribute to the discussions about the professional work of the social worker, enabling reflections on the theoretical and practical dialogue. Currently, the social worker is inserted in several occupational social spaces, including mental health. We will specifically address the work with chemically dependent adolescents in a therapeutic community. The reflection presented here concerns the practice of social workers and the description of strategies and interventions used in this reality, in which the role of the social service professional is very important and, at the same time, challenging.

Keywords – Social Work. Mental Health. Substance-related Disorders. Therapeutic Community.

* Assistente Social. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Doutoranda em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis - SC/ Brasil. E-mail: camilabwoerner@gmail.com
Submetido em: julho/2014. Aprovado em: maio/2015.

A atuação do assistente social constitui-se enquanto um processo constante de modificações visto a intervenção profissional ocorrer junto à realidade e o processo de (re)construção constante desta, exigindo, de forma periódica, uma leitura crítica e contextualizada da realidade por parte do profissional. A reflexão sobre a prática do Serviço Social é uma discussão recorrente tanto no ambiente acadêmico como nos espaços de organização da classe. Tais discussões, necessariamente, devem estar vinculadas ao projeto ético-político da profissão e à realidade das demandas que chegam até o profissional, sem desvincular-se dos aspectos investigativos da profissão.

Tais reflexões devem abarcar as práticas e intervenções profissionais do Serviço Social, aliadas ao conhecimento teórico acumulado. Para além do discurso disseminado no senso comum de que “na teoria é uma coisa, na prática é outra”, o assistente social necessita ter sua prática embasada em uma teoria, ao mesmo tempo em que é necessária a aplicabilidade da teoria. Não se trata de lados opostos, mas sim complementares. O profissional necessita de instrumentos teóricos, ao mesmo tempo em que seu trabalho serve para reavaliar os instrumentais e as teorias utilizadas. Teoria e prática devem ser vistas de forma conjunta, integrantes e indissociáveis uma da outra.

A ação profissional deve ser objeto de estudos e reflexões de forma a qualificar tais ações, possibilitando que a atuação do profissional de Serviço Social não seja apenas paliativa e pontual, mas que de fato possa se constituir enquanto uma prática reflexiva, transformadora e emancipatória.

A intervenção do assistente social deve observar e considerar as configurações da sociedade e as demandas expressas naquela realidade. Ao longo da História da sociedade, novas demandas foram sendo percebidas, as então denominadas expressões da questão social, entendidas como “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 1999, p. 27). Nesse sentido, a necessidade de (re)pensar a prática crítica do Serviço Social nessas instituições, considerando-se as “novas roupagens” (*Idem*, 2008), assumidas pela questão social, é fundamental aos assistentes sociais reconhecer novas formas interventivas do exercício profissional, considerando o atual contexto social e as respostas que este demanda.

Atualmente, o uso e abuso de drogas, aqui denominadas substâncias psicoativas – SPA – tem se constituído enquanto uma expressão da questão social, sendo considerado um problema de saúde pública. Logo, o trabalho do assistente social também contempla a atuação junto a dependentes químicos, assim denominados aqueles que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e seus familiares. Essa intervenção é desenvolvida em diversos espaços ocupacionais e modalidades de atendimento, sendo os profissionais requisitados a “dar respostas” a tais situações.

Para além de uma leitura restrita em relação ao uso e abuso de SPA, este não se trata exclusivamente de uma escolha/opção realizada pelo indivíduo. A condição da dependência química encontra-se estritamente relacionada com a atual condição e modo de organização da sociedade capitalista, com destaque para a crescente acumulação de capital, precarização das condições de trabalho, ausência de proteção efetiva por parte do Estado, insegurança e vulnerabilidade. Em meio a tal conjuntura social, o uso e abuso de SPA se apresenta, entre outros aspectos, como uma possibilidade de amenizar os reflexos da atual conjuntura social, bem como a busca pelo prazer imediato, anunciado de forma eloquente e apresentado como um alvo a ser alcançado para fins de realização em seus diversos níveis (BAUMANN, 2008). A dependência de SPA ocasiona implicações não somente no indivíduo que faz o uso propriamente, mas também em sua família, comunidade próxima e na sociedade como um todo. Ao mesmo tempo, necessita de intervenção de diversas profissões, entre elas o Serviço Social e suas peculiaridades e possibilidades de intervenção.

Considerando tais aspectos, ações que se limitam à simples culpabilização do indivíduo, ou de sua família, pela situação vivenciada não se apresentam efetivas, ora direcionam uma responsabilidade sob esses a partir de uma leitura restrita de uma situação específica, como se esta estivesse desvinculada do macro e dos demais aspectos sociais. Logo, a dependência química se constitui enquanto uma expressão

da questão social, e seu avanço no país é uma realidade presente, tornando-se um problema de saúde pública e foco de diversas atuações de distintos órgãos públicos e da sociedade civil. Por questões metodológicas, iremos direcionar o presente estudo ao uso e abuso de SPA entre adolescentes, realidade cada vez mais presente, causando consequências em diversos âmbitos.

As propostas de atendimento para tal público dentro do Sistema Único de Saúde – SUS – são direcionadas aos atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – ou em enfermarias especializadas, localizadas em ambiente hospitalar, utilizadas na presença de casos considerados mais graves. A política de assistência social também desenvolve ações para o atendimento de tal público; entre outras, do poder público. Outras iniciativas para atendimento são desenvolvidas por instituições privadas, tais como clínicas, grupos de ajuda mútua e o trabalho desenvolvido por comunidades terapêuticas – CT, sendo estas o foco do presente trabalho.

Partido dessas reflexões iniciais, a discussão proposta no presente artigo diz respeito ao atendimento de adolescentes em comunidades terapêuticas, que são consideradas “serviços de saúde” (BRASIL, 2011), a forma de interlocução delas com o SUS, com foco na atuação do assistente social nessas instituições, buscando compreender as estratégias utilizadas pelo Serviço Social para a concretização de direitos nesses locais, visto as diferentes configurações dos diversos espaços ocupacionais. Sendo pertencentes ao SUS, é possível que serviços como o CAPS encaminhem usuários para CTs quando assim houver o entendimento de sua necessidade.

Estima-se que as comunidades terapêuticas no Brasil atendam cerca de 80% das pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de SPA (DANTAS, 2013), sendo esse um serviço de saúde vinculado diretamente ao SUS. Observa-se, assim, que tais instituições apresentam um número de atendimentos expressivos. Logo, justifica-se a necessidade de estudos sobre a atuação do assistente social nesses espaços, considerando que a dependência química e o público atendido em comunidade terapêutica apresentam demandas inerentes à profissão, especificamente dentro do campo da saúde mental e suas interlocuções.

O presente artigo irá considerar, entre outros aspectos, a experiência da atuação profissional da autora em comunidade terapêutica, junto ao público adolescente da entidade, contando com a descrição de procedimentos e estratégias para a intervenção do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional, observando quais são as contribuições do Serviço Social em uma CT e as reflexões realizadas a partir dessas.

Desenvolvimento

Dependência química

Ao tratarmos da temática do uso de drogas, é fundamental esclarecer as diferenças existentes entre o uso, abuso e dependência de SPA. Todavia, tais diferenças apresentam-se em uma linha tênue, sendo que o término de uma e início de outra não são claramente definidos, bem como a passagem entre tais estágios não ocorre de forma regular. Sendo assim, realizar a identificação do uso problemático de SPA se constitui 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 esses manter um padrão de uso ocasional/recreativo. Todavia, cabe ressaltar a

existência de estudos que indicam que quanto mais cedo a exposição à SPA, maiores possibilidades de desenvolvimento de problemáticas com relação à dependência de SPA, principalmente com relação a adolescentes (FIGLIE *et al*, 2010).

Atualmente a dependência química é diagnosticada tomando como base os critérios definidos na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1993) – e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Adquirindo, assim, condição de doença propriamente dita.

Edwards e Gross (1999) utilizam elementos-chave para identificar a síndrome da dependência, sendo 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 uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas – SPA – tem tomado proporções cada vez maiores, acarretando consequências nefastas em escala individual e coletiva. Os reflexos de tal realidade são percebidos na esfera da saúde, segurança pública e as preocupações se ampliam nas questões relacionadas ao tráfico de drogas e à violência em seus diversos aspectos. Os impactos de tal conjuntura não se limitam ao indivíduo que faz o uso da substância propriamente dita, mas são extrapolados para o espaço familiar e comunitário, constituindo-se como preocupação e foco de ação de diversas políticas públicas e 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 (cocaína, *crack*, maconha, etc.) como de drogas lícitas (cigarro, bebida alcoólica, etc.). 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. Entre adolescentes, a dependência de álcool passou de 5,2% para 7,0%, e a dependência de tabaco passou de 2,2% para 2,9% de 2001 para 2005, respectivamente. 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 (CARLINI, 2002; 2006).

O uso entre adolescentes, em especial, também apresenta um crescimento preocupante. Entre adolescentes em situações de rua, os índices são ainda maiores, expressando as vulnerabilidades de tal público (*Ibid idem*, 2010; DUARTE, 2009). As especificidades e complicações oriundas do uso de SPA entre o público adolescente são foco de inquietações, visto as particularidades de tal população. Tais peculiaridades dificultam a oferta de tratamentos que sejam adequados e atendam às necessidades desses de forma efetiva e com resolutividade.

O atendimento em comunidade terapêutica

O Brasil tem uma rede de serviços disponível para o atendimento de abusadores e dependentes químicos, contando com ações por parte da política de assistência social, poder Judiciário, serviços de cunho privado, entidades filantrópicas e religiosas e ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Tais ações são reguladas por meio da Política de Saúde, pelo SUS, regulamentadas pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, 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). Dessa forma, os serviços passam a ser organizados de forma que o CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – torne-se responsável, de forma principal, a prestar o atendimento a essa população.

A partir da mesma portaria, as Comunidades Terapêuticas, que em sua maioria são de caráter filantrópico (DAMAS, 2013), passam a integrar a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, sendo então definidas, conforme redação da lei, como: “[...] serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório [...]” (BRASIL, 2011). Ficando a critério dos profissionais do CAPS a possibilidade de encaminhamento dos pacientes para Comunidades Terapêuticas – CTs – bem como, sendo imprescindível a interlocução dessas instituições com a atenção básica. Dessa forma, as CTs passam a funcionar de forma articulada com a rede de serviços de saúde da região. É necessário destacar que o CAPS e as CTs se constituem enquanto serviços complementares, e não concorrentes, sendo integrantes da mesma rede de atenção a esse segmento da população.

As CTs, no Brasil, em sua maioria, são instituições de caráter privado e filantrópico, sendo perceptível a expansão dessa oferta de serviços no país. Embora as CTs sejam alvo de discussões e embates controversos, fato é que se estima que cerca de 80% das pessoas no país que sofrem transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas são atendidas nesses serviços (DAMAS, 2013). Essas instituições possuem regulamentação própria para seu funcionamento, instituída pela Resolução 029/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2011b).

O trabalho realizado por CTs foi incluído no plano de enfrentamento às drogas, desenvolvido pelo Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Política Contra Drogas, intitulado “Crack, é possível vencer”. Indicando, assim, avanços no que tange à importância de tal modalidade de atendimento e o reconhecimento como dispositivos importantes para o atendimento de tal público.

O público adolescente também é atendido nesses espaços de forma recorrente, seja por procura voluntária, do grupo familiar, e/ou por encaminhamentos judiciais, em sua maioria em decorrência de medidas de proteção em consonância com o que é preconizado pelo ECA – “Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 2005).

A origem das CTs é datada, aproximadamente, da década de 1940, com surgimento na Inglaterra. Originalmente, desenvolveram-se nos hospitais psiquiátricos militares, que atendiam soldados com traumas pós-guerra. Como princípio, buscou-se romper com a visão hospitalar por meio da democratização das relações, achatamento da hierarquia, assunção de responsabilidades e humanização dos atendimentos. Inicialmente, regia-se pelos princípios de democratização das relações, permissividade, confronto com a realidade, comunitarismo e atendimento à família (ADAMS, 2009; FUSSINGER, 2011; VANDEVELDE, 2004).

No decorrer dos anos, ampliou o atendimento para outros públicos, entre eles dependentes químicos. No Brasil, os anos 1980 e 1990 podem ser apontados como período de sua expansão. A noção de CT, desde sua criação, é genérica e bastante elástica, o que acaba por muitas vezes prejudicando seu entendimento e definição, englobando, assim, uma grande quantidade de instituições e trabalhos desenvolvidos sob moldes semelhantes. A CT não se constitui enquanto um conceito estático, mas altera-se ao longo do tempo. Logo, apresenta-se como um conceito de difícil definição e avaliação (*Ibid idem*).

Atualmente, muitas instituições acabam por se intitular como CT sem mesmo conhecer os preceitos de tal modo de atendimento, o que acaba prejudicando ainda mais o trabalho das instituições que trabalham de forma séria e comprometida. Gerando, assim, dificuldades consideráveis no mapeamento, qualificação e mensuração dos atendimentos ali realizados. Em estudo realizado (WOERNER, 2014) a partir da utilização da proposta de revisão sistemática, observou-se ausência de metodologia definida para o desenvolvimento de trabalho em comunidade terapêutica, não havendo uma proposta clara com relação ao atendimento, objetivos concisos e instrumentos específicos.

Aspectos vinculados à espiritualidade, em sua maioria, encontram-se presentes visto grande parte das CTs serem oriundas de trabalhos de “filantropia” de algumas igrejas, alterando sua intensidade e aplicabilidade conforme a instituição. Com relação à questão do trabalho/labor, observa-se que nas CTs iniciais a proposta dizia respeito ao compartilhamento das atividades diárias de modo ao paciente sentir-

se incluído e pertencente ao grupo. Embora atualmente em algumas instituições se possa utilizar tais aspectos para fins da própria subsistência da instituição, salvas algumas exceções que contam com profissionais qualificados para tais atividades com objetivos claros estabelecidos.

Obviamente as CTs ocupam espaços e realizam atendimento ora negligenciados pelo Estado, o que acaba desencadeando a “supervalorização” do terceiro setor. A privatização das políticas públicas acaba possibilitando uma grande autonomia institucional, ainda que seus serviços sejam financiados pela esfera estatal e que esta preste os serviços que deveriam ser oferecidos, *a priori*, pelo Estado.

Considerando tais questões, é importante esclarecer que o presente artigo referencia-se à atuação e observação em uma comunidade terapêutica em específico, a qual se enquadra dentro da resolução 029/2011 da ANVISA, citada anteriormente. Os resultados do presente artigo não são passíveis de generalização em sua totalidade sem antes observar a realidade na qual cada instituição encontra-se inserida.

A intervenção do serviço social em comunidade terapêutica

É fundamental ressaltar que, conforme citado anteriormente, ainda que sob uma mesma base, os trabalhos em CT se desenvolvem de forma diferenciada, conforme a organização e particularidades de cada instituição. O presente artigo se baseia em experiência em uma CT localizada no município de Blumenau/SC.

Outra questão importante refere-se ao público atendido. Na unidade referenciada da CT em questão é realizado o atendimento para adultos e para adolescentes, exclusivamente do sexo masculino. Embora com programas terapêuticos, alojamentos e refeitórios distintos, ambos os públicos compartilham os espaços em comum da instituição, bem como alguns membros da equipe técnica atendem a ambos, que é o caso do assistente social. Para fins didáticos, neste artigo iremos tratar exclusivamente do atendimento voltado para o público adolescente.

A unidade possui capacidade para o atendimento de até 18 (dezoito) adolescentes. O período de atendimento é de aproximadamente 180 (cento e oitenta) dias, sendo adaptado à realidade de cada adolescente. O adolescente pode ser desligado da instituição em tempo anterior a esse período por questões administrativas/ disciplinares, por alta voluntária/solicitação dele ou por evasão. Cumpre salientar que o tratamento é voluntário, exceto os casos judiciais, sendo que o adolescente, ou seus responsáveis, podem solicitar seu desligamento a qualquer momento.

A equipe técnica que atende o adolescente é constituída por pedagogo, conselheiro, agente comunitário em dependência química, monitores, psicólogo, assistente social, médico, professor de música e auxiliar de enfermagem. A organização da equipe e da instituição tem como objetivo oferecer um atendimento integral ao adolescente, que observe e dê encaminhamento a suas demandas de forma específica. Ainda com relação à equipe, há uma definição consensual com relação às atribuições específicas de cada profissional. Embora em alguns momentos algumas atividades acabem “sobrando” para o assistente social, principalmente aquelas nas quais não há clareza com relação a quem as executa. Nesses momentos é de fundamental importância que o profissional tenha entendimento de suas atribuições embasado na legislação pertinente para tal e no Código de Ética da profissão, de forma que não seja absorvida por questões “urgentes” em detrimento das essenciais.

Inicialmente, cabe destacar que a função e o reconhecimento do assistente social dentro da instituição tem sido um processo de luta histórico e que há poucos anos foi consolidado. Considerando as origens da instituição, vinculada a instituições religiosas, o papel do assistente social por muito tempo foi visto dentro de uma lógica assistencialista, e não de garantia de direitos. Atividades privativas do assistente social vinham sendo desenvolvidas por outros profissionais, alguns sem nenhuma formação específica.

O processo de fiscalização dos órgãos de classe, as exigências de órgãos do governo e as próprias demandas de trabalho da instituição expuseram a necessidade da atuação de um profissional de serviço social, bem como acabaram consolidando as atribuições e funções deste dentro da CT. Atualmente, o assistente social tem reconhecimento em suas funções e sua visão é compartilhada de forma igualitária para com os demais membros da equipe multidisciplinar, sem perder suas particularidades, tendo participação efetiva em grande parte das atividades da instituição e nas reuniões da equipe técnica.

Durante todo o atendimento o assistente social deve trabalhar na lógica da garantia de direitos para os adolescentes. Logo, durante todo o processo de atendimento, o adolescente será acompanhado, direta ou indiretamente, pelo profissional de Serviço Social. Para fins de melhor compreensão, iremos dividir as atividades do assistente social em três aspectos: ingresso do adolescente na CT; acompanhamento do atendimento; e o desligamento do adolescente da CT.

As discussões que seguem terão como referência o cotidiano do trabalho do profissional de Serviço Social dentro da instituição visando, como citado anteriormente, proporcionar reflexões e auxiliar na construção teórica do Serviço Social a partir da prática profissional.

Ingresso do adolescente na Comunidade Terapêutica

As atribuições da intervenção do assistente social dentro da CT iniciam já no momento em que ocorre o primeiro contato, visando o acolhimento do adolescente. Na grande maioria das situações, o primeiro contato ocorre por meio do Poder Judiciário, visto que o maior percentual de adolescentes atendidos é encaminhado via determinação judicial, ocorrendo apenas a comunicação de que ele será encaminhado até a instituição, e, quando possível, é realizado o agendamento para tal situação.

A grande dificuldade aqui encontrada diz respeito ao fato de que em muitos momentos não há a comunicação prévia à instituição de que o adolescente será encaminhado. Por vezes, somente há a informação de que o adolescente irá realizar o atendimento quando já se encontrar “à porta” da instituição. O que acaba por prejudicar a qualidade de seu acolhimento, pois em alguns momentos o profissional de Serviço Social não possui disponibilidade imediata para o atendimento do adolescente em razão das demais atividades realizadas.

Outro dificultador diz respeito ao fato de que, muitas vezes, o adolescente é encaminhado até a instituição sem roupas para uso pessoal, material de higiene, roupas de cama, documentos e número de telefone para contato com os familiares. A CT fornece alguns desses objetos ao adolescente, porém ele já ingressa no atendimento desprovido das questões básicas, o que acaba criando nele certa resistência, e, em alguns casos, o desejo de não dar seguimento ao atendimento ora iniciado justamente pelo sentimento de ter sido negligenciado.

As principais peças do processo judicial do adolescente também são encaminhadas somente em algumas situações. Logo, a instituição não possui informações suficientes com relação à situação judicial dele, não podendo compreender sua realidade em sua totalidade, nem mesmo informar o adolescente sobre sua real condição naquele momento. Considerando que alguns desconhecem o fato pelo qual foram encaminhados até a CT. É fundamental que o assistente social utilize-se de estratégias que permitam realizar um diálogo mais próximo com o Poder Judiciário no que tange o encaminhamento dos adolescentes, possibilitando, assim, que os direitos deles sejam concretizados em sua totalidade.

Vistos esses desafios, inicialmente é necessário realizar contato com a família do adolescente e comunicar seu acolhimento, informando o profissional que irá acompanhá-lo na CT, os dias que ocorrem as visitas, telefones para contato, dirimindo as demais dúvidas do grupo familiar. Também é fundamental realizar contato com a comarca que realizou o encaminhamento do adolescente, solicitando o envio de seu

processo de forma a compreender melhor o contexto ao qual o adolescente faz parte e possibilitar a elaboração da intervenção de forma específica e individual.

Caso o adolescente não tenha o encaminhamento judicial, mas a família faça a solicitação do acolhimento, inicialmente é realizada uma entrevista. Ela tem como foco realizar uma avaliação do adolescente, bem como uma avaliação socioeconômica do grupo familiar. A família é informada sobre os convênios disponíveis para o atendimento do adolescente e orientada a procurá-los para possibilitar o atendimento de forma gratuita. A orientação aos usuários é possibilitar-lhes acesso a seus direitos, em consonância com o previsto na Lei nº 8.662, que dispõe sobre a profissão de assistente social. (BRASIL, 2014)

Em ambas as situações, de encaminhamento judicial ou solicitação da família, o adolescente e aqueles que o acompanham recebem as orientações com relação ao funcionamento da instituição no momento do acolhimento. Cabe ao profissional de Serviço Social esse papel educativo e de orientação.

Considerando que muitos adolescentes ingressam na instituição contra sua vontade, já no atendimento inicial o assistente social inicia um processo de reflexão com eles com relação à necessidade do atendimento, orientação com relação a seus projetos de vida, orientação com relação às questões judiciais, entre outros aspectos. Esse contato inicial é de suma importância, pois nesse momento há a criação de um vínculo que irá, via de regra, perdurar por todo o atendimento do adolescente.

O atendimento inicial realizado de forma profissional e ética é fundamental para que tanto os adolescentes quanto suas famílias tenham seus direitos garantidos. É essencial que o profissional tenha a clareza de que ele não está realizando um “favor”, oferecendo “ajuda” ou qualquer outra forma de benemerência àqueles que atende. Ao contrário, está possibilitando a concretização de direitos deles. Tal visão deve ser repassada à população atendida, que, na grande maioria das vezes, não possui a concepção de direito de forma clara.

Acompanhamento do atendimento

Conforme viemos destacando ao longo do presente estudo, a perspectiva do trabalho do assistente social deve ser focada no atendimento integral ao adolescente. São diversas as intervenções realizadas. A seguir, destacamos algumas.

Os **atendimentos individuais** aos adolescentes, em sua maioria, ocorrem por procura espontânea deles ou por solicitação de outro profissional, que sugere o atendimento em conjunto com o assistente social, visto que em sua maioria os atendimentos individuais são realizados por um profissional da Psicologia. Suas demandas são direcionadas para orientações com relação ao processo judicial, questões institucionais, dificuldades de relacionamento com seus pares, conflitos familiares, entre outros. No atendimento individual busca-se auxiliar o adolescente a desenvolver um senso de reflexão crítica de forma que possa perceber as questões de maneira ampliada e dentro de um contexto amplo, identificando as possibilidades de intervenção, de modo que os adolescentes realizem suas escolhas de forma autônoma.

Cabe a reflexão de que os atendimentos individuais não se constituem enquanto instrumentos efetivos, visto que as questões, em âmbito individual, em sua maioria, são tratadas no atendimento psicológico. As intervenções de cunho coletivo, como grupos socioeducativos e rodas de conversa, podem auxiliar de forma mais concreta no que diz respeito ao desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, consciência coletiva e desenvolvimento de posturas autônomas. A proposta é que nas atividades coletivas sejam tratadas temáticas voltadas à questão de direitos e deveres, convívio em sociedade e outros assuntos de interesse dos adolescentes.

O **acompanhamento do processo judicial** do adolescente é realizado por meio do contato constante com as comarcas de origem, acompanhamento em audiências, encaminhamento de relatórios sobre a situação atual, entre outros. Cabe também ao profissional de Serviço Social intervir para que o direito do adolescente de convivência familiar seja garantido, conforme preconizado pelo ECA. Isso se dá por intermédio da realização de contatos que possibilitem que a família do adolescente vá até a instituição para visitá-lo ou que o adolescente possa ir até sua casa usufruir do convívio familiar.

O **encaminhamento da documentação** é outro aspecto fundamental. Possibilitar ao adolescente acesso a sua documentação é contribuir de forma significativa para o exercício da cidadania. A participação do assistente social também ocorre no acompanhamento de outras atividades do setor pedagógico e psicológico, por exemplo, e na supervisão de atividades externas, como campeonatos esportivos ou visitas a museus e teatros.

O assistente social também realiza **atendimento ao grupo familiar** por meio de atividades realizadas na instituição, elucidação de dúvidas, orientações e realização esporádica de visitas domiciliares. A família também é encaminhada para os serviços disponíveis na rede. O atendimento a familiares ainda se constitui uma atividade não continuada, que necessita de fortalecimento. A reflexão a ser feita é que, por vezes, os atendimentos e atividades voltados aos adolescentes acabam por não permitir o atendimento efetivo e de qualidade ao grupo familiar. Cabe ao assistente social elaborar estratégias e intervenções que possam atender essa demanda reprimida. Considerando que a dependência química é uma doença que não se limita ao usuário em si, mas se estende ao grupo familiar. É importante a reflexão quanto ao fato de a família dispor da realização de ligações telefônicas diárias ao adolescente, visitas nos finais de semanas e períodos nos quais o adolescente utiliza-se de visitas ao grupo familiar, buscando-se, assim, amenizar os prejuízos decorrentes do afastamento do grupo familiar. O afastamento da família para o atendimento em CT se constitui, muitas vezes, como a opção possível após diversas outras possibilidades de atendimento disponíveis na rede que não obtiveram sucesso. Todavia, é claro o entendimento de que o grupo familiar é parte fundamental do processo e de que o adolescente, se assim for possível, deverá retornar à convivência familiar. Nesse sentido está a necessidade de fortalecimento e atendimento à família.

As ações que possibilitem a **participação efetiva do adolescente** dentro da instituição também devem se potencializadas. A criação de espaços de discussão e decisão, com assembleias ou reuniões gerais, se constitui enquanto instrumentos de viés democrático, possibilitando ao adolescente o pertencimento ao local e o desenvolvimento de sua autonomia.

Todas essas atividades desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social devem possibilitar o atendimento integral e a garantia de acesso de concretização de direito por parte dos adolescentes em atendimento. Nas instituições, as relações e “jogos” de poder são constantes. Logo, é necessário um olhar crítico para as questões de violência institucional, definidas por Faleiros (2007, p. 44) como uma [...] “relação de poder que infringe direitos reconhecidos e garantias civilizatórias.” O mesmo autor (2013, p. 84) amplia a discussão sob a perspectiva de que “Essa dinâmica de violência compreende a dimensão mais ampla de acesso [...] abrangendo abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições.” O assistente social necessita desenvolver um olhar crítico para tais situações, de forma a percebê-las e utilizar-se de intervenções que as deflagrem e possibilitem sua mudança.

O desligamento do adolescente da Comunidade Terapêutica

No momento do desligamento do adolescente da CT, a intervenção do assistente social é de grande importância. Há quatro possibilidades de o adolescente desligar-se da instituição: por meio da alta terapêutica, voluntária, evasão ou administrativa, conforme segue:

a) Alta Terapêutica: ocorre quando o adolescente completa o período proposto de atendimento, alcançando os objetivos propostos. Cabe ao assistente social, em caso de encaminhamento judicial, comunicar a possibilidade de alta do menor e solicitar autorização para sua liberação. É realizado contato com a família, comunicando a situação, e ela é orientada sobre os procedimentos pós-atendimento. Também é realizado contato com a rede de serviços do local onde o adolescente reside, como o CRAS, unidade de saúde, CAPS, grupos de ajuda mútua, escolas, entre outros. Objetiva-se que o adolescente retorne ao contexto familiar e comunitário em sua totalidade, que seja incluído na rede de serviços de sua localidade.

b) Alta Voluntária: ocorre quando o adolescente e/ou sua família solicitam o desligamento do atendimento. Inicialmente, conforme a situação apresentada, a família e o adolescente são orientados sobre a necessidade da continuidade do atendimento. Caso a decisão seja mantida, ambos são orientados sobre a rede de serviços disponível e a necessidade de dar continuidade ao atendimento sob outras formas.

c) Alta Administrativa: ocorre quando o adolescente necessita ser desligado da instituição pela prática de atos considerados graves, tais como agressões físicas ou uso de drogas nas dependências da CT. A alta administrativa é baseada no regulamento interno e trata-se de opção a ser tomada quando os demais procedimentos não obtiveram resultados favoráveis. Nessa situação, o assistente social necessita realizar contato com a comarca de origem e solicitar o desligamento do adolescente. Via de regra, esse desligamento é seguido de solicitação do encaminhamento do adolescente para outra unidade de atendimento. Constitui-se como algo de grande importância o repasse à instituição que receberá o adolescente das informações pertinentes sobre ele, de modo que se possa dar seguimento ao atendimento dele, e não simplesmente “repassar o adolescente problema”. A família do adolescente é comunicada e recebe as informações necessárias e encaminhamentos cabíveis.

d) Evasão: ocorre quando o adolescente se evade da CT sem realizar nenhum tipo de comunicação à equipe. No mesmo momento, a família é comunicada sobre o ocorrido. Nos casos necessários, é realizada a devida comunicação à comarca de origem, bem como registro de boletim de ocorrência.

Conforme observado anteriormente, todas as modalidades de desligamento são precedidas do aspecto da informação e comunicação, tanto aos órgãos oficiais e aos familiares. Função imprescindível essa do assistente social, bem como realizar os devidos encaminhamentos junto à rede de serviços e outras instituições de atendimento quando assim se fizer necessário. Desse modo, o atendimento ao adolescente não irá se tornar algo “solto” e findado na própria CT, mas é dado seguimento a esse processo pelo atendimento em outras instituições da rede. Fundamental é que os encaminhamentos dos adolescentes sejam realizados de forma emancipatória e responsável, considerando o objetivo final de todo atendimento.

Conclusões

O presente artigo teve como objetivo apresentar informações e possibilitar reflexões sobre a intervenção do assistente social em uma comunidade terapêutica, especificamente junto ao público adolescente. A partir da visão de que esse é um espaço de trabalho do profissional de Serviço Social que ainda carece de produção teórica. Visto que, conforme Martinelli (2006, p.14): “Somos profissionais cuja prática está direcionada para fazer enfrentamentos críticos da realidade, portanto precisamos de uma sólida base de conhecimentos [...]”.

O saber teórico necessita estar “abastecido” das intervenções práticas dos profissionais. Buscamos contribuir com a construção de conhecimento sobre a temática e incitar a reflexão crítica da prática em

conjunto com a teoria, tanto no meio acadêmico como no âmbito profissional. Além do que é um meio de os profissionais avaliarem a própria atuação profissional e o modo como esta tem contribuído na construção teórica da profissão. Martinelli (1994) afirma que a profissão é tida enquanto interventiva, atuando junto às questões sociais, na condição de operador das políticas sociais. O exercício profissional do assistente social deve ter como foco tais questões sem perder sua perspectiva investigativa. Para além da demanda que propriamente chega até o profissional, é fundamental realizar a leitura das condições de vida do usuário, aspectos culturais, relacionais e sociais, a forma como constroem suas vidas e quais os elementos envolvidos. Uma leitura restritiva impreterivelmente irá refletir em uma visão reduzida e, conseqüentemente, em ações não efetivas, compensatórias e paliativas.

No decorrer do artigo, foi possível perceber que há uma grande quantidade de demandas que chegam até o Serviço Social. Em alguns momentos o profissional pode vir a se sentir “engolido” pela própria lógica institucional e as atividades que a ele são destinadas mesmo que não seja sua responsabilidade ou função específica. É fundamental a organização do profissional de forma a perceber quais suas reais demandas e prioridades a partir da perspectiva da profissão e então atuar visando o usuário.

O assistente social que atua em CT necessita ter a habilidade de articular-se em rede, interagindo com os serviços disponíveis nos arredores da instituição ou município. Fato é que o trabalho isolado não é resolutivo, o atendimento em rede apresenta maior efetividade e abre uma maior possibilidade de opções ao próprio usuário, que não fica restrito a uma única instituição. Os serviços devem ser pensados e planejados considerando as características específicas do público atendido, suas necessidades visando o melhor acesso aos serviços. Funcionando de forma integrada, com ênfase na área da saúde mental, atendimento com relação à dependência química. Trabalhos éticos, que garantam o respeito à dignidade humana e garantia de direitos a partir da ação protetiva, e não criminalizadora do Estado, que possibilitem o fortalecimento da autoestima e da condição de cidadão.

O profissional de Serviço Social não deve se descivilizar do projeto ético-político da profissão em sua prática profissional, tendo como foco o adolescente e a defesa de seus direitos, percebendo na própria instituição quais são os instrumentos que ela disponibiliza para corroborar tal objetivo, indo para além dos “jogos de poder” usualmente existente nos espaços institucionais. Dessa forma, a profissão poderá prosseguir na perspectiva do fortalecimento e da construção do conhecimento a partir da prática profissional comprometida. O Serviço Social não pode se constituir e realizar sua atuação enquanto uma simples evolução da filantropia, na qual as ações profissionais são meramente reproduzidas a partir de uma lógica rotineira, ausente o aspecto reflexivo e crítico do contexto social. A individualização dos problemas, a desmobilização das massas e dos movimentos sociais acaba reproduzindo a lógica vigente na sociedade, e tal aspecto pode ser considerado um retrocesso.

Sabemos não se tratar de uma situação simples e de fácil resolução; ao contrário, trata-se de um grande desafio, ainda mais ao se considerar que estamos intervindo junto à realidade da dependência química, que é uma doença envolta de preconceitos e valores morais. Porém, a práxis do Serviço Social deve buscar ser transformadora e emancipatória, de forma que os sujeitos não apenas cessem com o uso de SPA, mas se constituam enquanto sujeitos emancipados e “donos” da própria história por meio da busca pela condição da efetivação de direito e de humanidade.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5. ed., DSM-5, 2013.
- BAUMAN, Z. **A Sociedade Individualiza**: vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro: Jorge Gradel, 2008.
- BRASIL. **Lei 8.662 de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 11/03/14.

- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado, 1988.
- _____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Secretaria Especial de Direitos Humanos; Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social – Brasília: MEC, ACS, 2005.
- _____. 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, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 de ago. 2011b.
- _____. 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.
- _____. 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**.
- _____. 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.
- DANTAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão Institucionalização e Relevância Social. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, Vol. 6, nº 1, 2013.
- DUARTE, P. do C. A. V. et al. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; Brasília: SENAD, 2009. 364 p.
- 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.
- FALEIROS, V. de P. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universal, 2007.
- _____. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.
- FIGLIE, N. B.; BORDIN, S. & LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate nº 6, 1997.
- _____. **Serviço Social em Tempo de Capital de Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.
- KENNARD, D. The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings. **Psychiatric Quarterly**, Vol. 75, nº 3, 2004, p. 295- 307.
- MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas em Serviço Social. **Revista NEPI, PUCPS**, nº 1, 1994.
- _____. Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto Ético Político Profissional. **Revista Emancipação**. Vol. 6, nº 1, 2006.
- MARTINS, V. L. A política de descriminalização de drogas em Portugal. **Serviço Social e Sociedade**, nº 114, abr-junho/2013.
- PECHANSKY, F. et al. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol.26, Supl. I, 2004.
- VANDEVELDE, S.; BROEKAERT, E.; YATES, R. & KOOYMAN, M. 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**, Vol. 50, nº 1, 2004, p. 66-79.
- WOERNER, C. B. Comunidade Terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes - um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002 – 2013. **Dissertação**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014, 178 f.