

O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública

The discourse about adherence of chemically dependent adolescents to treatment in a public health institution

Alessandro Antonio Scaduto¹
Valéria Barbieri¹

Abstract *Promoting adherence to chemical dependence (CD) treatment has been a challenge in several contexts, especially regarding adolescents. Such challenge has been related to assumptions about who adolescents are, what is understood by dependence and about its treatment. Twelve professionals from a CD outpatient service in the region of Ribeirão Preto (SP) were interviewed about the meanings they attributed to the following subjects: adolescence, substance use/abuse and its treatment and adherence to such treatment. It was observed that the interviewees considered several determinants for explaining adolescence; however, there was a predominance of individualizing arguments regarding this subject. Chemical Dependence was understood as the individual's loss of self-control; consequently the aim of the treatment was favoring this individual's reflection about the role of substance use in his/her life. The interviewees showed a critical discourse, seeking for institutional and staff-related factors as well as for external factors to explain treatment adherence. The discourses of the interviewees are discussed in terms of their interrelations with the literature about the subjects approached in the interviews and its implications for CD treatment.*

Key words *Treatment adherence, Substance abuse, Adolescence*

Resumo *A promoção da adesão ao tratamento da dependência química (DQ) tem se mostrado um desafio em diversos contextos, em especial no caso de adolescentes, relacionando-se a pressupostos sobre quem são estes, o que se entende por dependência e qual é seu tratamento. Foram entrevistados doze profissionais de um serviço de atenção à DQ da região de Ribeirão Preto (SP), abordando os significados por eles atribuídos aos temas adolescência, uso de substâncias/dependência e seu tratamento e adesão a ele. Observou-se por parte dos entrevistados a consideração de diversos determinantes na explicação da adolescência, com a predominância, contudo, de argumentos individualizantes acerca do tema. A DQ foi entendida como uma perda pelo indivíduo do controle sobre si, implicando uma consideração do tratamento como a busca por favorecer reflexões sobre o papel do uso de substâncias em sua vida. Houve por parte dos entrevistados um discurso crítico na busca por fatores institucionais, da equipe e externos a estes na explicação da adesão ao tratamento. São discutidas as inter-relações das formações discursivas com a literatura sobre os temas abordados e suas implicações para o tratamento da DQ.*

Palavras-chave *Adesão ao tratamento, Abuso de substâncias, Adolescência*

¹ Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes 3900, Bairro Monte Alegre. 14040-901 Ribeirão Preto SP. aascaduto@gmail.com

Introdução

O sentido de um tratamento de saúde implica considerar o que quer dizer aderir a ele ou não. No caso da dependência química (DQ), estudos investigaram como se dá essa adesão, a partir de alguns pressupostos sobre o tratamento e o paciente. Neste trabalho, o termo “adesão” será entendido como a decisão daqueles que procuram um tratamento de saúde em segui-lo, envolvendo uma relação entre pacientes e profissionais.

Leite e Vasconcelos¹ relataram estudos sobre adesão a terapias medicamentosas enfatizando ora o paciente, ora fatores externos a ele. Contudo, ressaltam que vários desses estudos concebem a não adesão como comportamento desviante e irracional do paciente, levando a uma culpabilização infértil em possibilidades interventivas. Além disso, ao desqualificar os pacientes, o profissional perde a oportunidade de compreender as expectativas, conhecimentos e características deles, que poderia levar a um atendimento mais qualificado.

Na DQ, a adesão ao tratamento apresenta vários desafios. É consenso na literatura a correlação entre tempo em tratamento e resultados obtidos²⁻⁴. Entretanto, foram reportadas altas taxas de abandono de pacientes (50% no primeiro mês), sugerindo um quadro preocupante⁵.

Uma revisão bibliográfica sobre o tratamento de adolescentes dependentes⁶ corrobora as idéias acima e afirma que não há evidências para categorizar as diferentes intervenções em termos de maior ou menor efetividade. Assim, a questão da adesão se legitima ao se considerar a possibilidade de melhora desde que o tratamento seja seguido, o que não exclui a necessidade de considerar que tipo de tratamento é oferecido, e a quem.

Estudos sobre a adesão usam termos diversos como **compliance** (traduzido como “obediência”) e **adherence**. Tais termos implicam tanto uma concepção do paciente como passivo ou capaz de fazer escolhas sobre seu tratamento. A análise desses estudos¹ ainda aponta para a falta de consenso sobre o conceito de adesão.

Forman *et al.*⁷ avaliaram pressupostos sobre o tratamento da DQ em equipes de instituições de saúde e comunidades terapêuticas. Foi observado que os profissionais de formação acadêmica apoiaram abordagens médicas e baseadas na pesquisa científica. Já a equipe religiosa e de apoio apoiou abordagens mais diretivas como o uso da confrontação e os doze passos, usado em grupos de auto-ajuda como os Alcoólatras Anônimos. Esse estudo⁷ sinaliza o conflito entre os discursos médico psicológico e moralista/religioso, também co-

mentado por Leite e Vasconcelos¹ entre pacientes e profissionais, ressaltando a importância de se criar uma relação de confiança a fim de facilitar a adesão ao tratamento.

A importância da relação paciente-profissional também foi observada em um estudo sobre a relação entre fatores relativos ao tratamento em si e adesão⁸, no qual a percepção dos pacientes sobre seu contato com o terapeuta como relação de ajuda foi associada a uma melhor adesão. Outro estudo⁹ avaliou a percepção de adolescentes dependentes sobre os serviços que esses utilizavam e sua adesão. Os fatores associados com melhor adesão foram a severidade da DQ, uma percepção positiva das habilidades dos terapeutas, além de ter poucos colegas usuários de drogas.

Aszalos *et al.*¹⁰ descreveram um modelo de trabalho com dependentes de heroína visando à adesão, ressaltando os benefícios de oferecer suporte psicossocial como encaminhamentos para desintoxicação, programas de profissionalização e/ou abrigos, orientação para tratamento do HIV, delegação progressiva de responsabilidades e acompanhamento médico/psicológico. Foi relatada adesão em índices maiores que os observados na literatura. Esse estudo ainda ressalta a importância de incluir no tratamento uma visão da DQ como quadro não só psiquiátrico, mas também social, exigindo outras intervenções. Fiorentine¹¹, contudo, criticou a relevância do que ele chamou de “necessidades proximais”, pois elas poderiam desviar a atenção da importância em investir na melhora da qualidade do tratamento em si.

Considerando o tratamento de adolescentes dependentes, Silva *et al.*¹² observaram que a adesão era atravessada por fatores extrínsecos ao adolescente e ao atendimento. A relação do adolescente com seu meio social e condições concretas de vida podem facilitar ou dificultar o acesso ao tratamento e a adesão. Outros fatores, como dificuldades econômicas para adquirir os medicamentos, a percepção do paciente sobre os esquemas de prescrição, efeitos colaterais, ou mesmo dos sintomas podem estar ligados à não-adesão¹. Tais fatores não são necessariamente intransponíveis para a equipe de saúde, mas devem ser considerados como limites a serem enfrentados pelos pacientes, não excluindo a responsabilidade da equipe de saúde em auxiliá-los.

Diversos estudos ressaltam a necessidade de conhecer melhor a adolescência e os quadros de DQ, seja enfatizando suas especificidades¹³, seu funcionamento psicodinâmico¹⁴, o tratamento dirigidos a eles² ou os fatores que contribuem para uma melhor adesão^{1,3}. Schenker e Minayo^{9,15} enfatizam

a necessidade de incluir a família no atendimento e o contexto de que o adolescente faz parte (amigos, escola e comunidade), a fim de que os padrões de relação entre esses vários agentes possam ser revisados e favoreçam o desenvolvimento dele.

É consenso na literatura que os adolescentes são uma população exposta ao risco do uso de drogas^{16,17}, podendo levar ao desenvolvimento dos quadros de abuso e/ou dependência de substâncias. Assim, se faz necessário compreender melhor os processos envolvidos no tratamento dessa população.

Dadas as características desse período do desenvolvimento humano, o tratamento da DQ se mostra mais difícil; não há unanimidade na literatura sobre como abordá-la, visto a grande quantidade de enfoques teóricos e técnicos. Contudo, um aspecto em comum nos estudos com adolescentes se refere à dificuldade destes em aderir^{2,12,14,15,18}.

Considerando esses argumentos, duas perguntas são relevantes: como é o entendimento da equipe de saúde acerca das características de adolescentes dependentes e do tratamento a eles oferecido? Como a relação entre equipe e adolescente se configura a partir deste entendimento?

A fim de debater essas questões, este trabalho visou conhecer o discurso sobre a adolescência por parte dos membros da equipe de uma instituição de saúde para dependentes químicos. Também pretendeu compreender o discurso sobre a adesão ao tratamento, em especial na população citada, a partir de uma entrevista que pudesse promover a formação de sentidos¹⁹. O trabalho tem um caráter exploratório, partindo do princípio de que compreender esse discurso auxiliaria na identificação de desafios nessa área.

Método

Participantes

Profissionais da equipe de um serviço ambulatorial de saúde da região de Ribeirão Preto, São Paulo. Dos dezenove membros, doze aceitaram participar do estudo, tendo sido entrevistados. Todos os participantes compunham a equipe há pelo menos um ano e estavam envolvidos diretamente no trato de pacientes adultos e adolescentes dependentes, sendo responsáveis pelos seus cuidados e seu planejamento terapêutico. Quanto à formação profissional, foram entrevistados uma assistente social, uma profissional de educação física, duas enfermeiras, dois médicos, quatro psicólogos e duas terapeutas ocupacionais.

Material

. Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) para a aprovação do projeto junto à direção da instituição e aos participantes;

. Roteiro de entrevista, visando abordar os discursos dos participantes acerca de três temas principais: adolescência (e pacientes adolescentes), uso de substâncias (bem como seu tratamento) e adesão ao tratamento. Foram feitas as seguintes perguntas básicas:

. O que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra adolescência?

. O que vem à sua cabeça quando eu falo a palavra droga?

. O que vem à sua cabeça quando eu falo em tratamento para a drogadição?

. O que vem à sua cabeça quando eu falo em adesão a um tratamento?

Procedimento

Realizou-se um primeiro contato com a instituição solicitando sua permissão para o desenvolvimento do trabalho. Após sua anuência, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da FFCLRP-USP. Após a aprovação do projeto, foi feito o contato com os membros da equipe da instituição, solicitando sua colaboração, culminando na assinatura do TCLE. Nessa ocasião, foram esclarecidas as condições de participação: não-obrigatoriedade, sigilo quanto às informações pessoais e esclarecimento dos procedimentos. As entrevistas foram realizadas individualmente, na própria instituição. As mesmas foram gravadas sob consentimento prévio dos participantes.

Análise dos resultados

Após leituras das transcrições do material, foi realizada uma análise de conteúdo²⁰ a partir de categorias definidas *a posteriori*, que consistiu em levantar unidades de conteúdo e contexto ligadas aos temas do roteiro. Com a codificação dessas unidades em processos presentes nas formações discursivas, foi delineado um perfil do discurso da equipe sobre os temas citados. Estes processos são apresentados com sua definição e contextualização, além da transcrição de trechos das entrevistas que ajudam a ilustrá-los.

Resultados

Adolescência

O discurso dos participantes se pautou por três eixos principais. O primeiro se constituiu em uma compreensão da adolescência como uma fase de desenvolvimento da identidade adulta, em que são vividas descobertas e mudanças corporais e psicológicas. Esta fase foi percebida como uma crise, em que as mudanças podem ser vividas como conflitos, atingindo o adolescente e sua família. Dentre estes conflitos, foi destacado o aprendizado de lidar com limites, no sentido de encarar novas exigências e regras, em especial sobre a convivência com a sociedade, família e grupo de amigos. O papel da sociedade na construção de expectativas nessa fase foi ressaltado.

Ao abordar a adolescência nos tempos atuais, foram ressaltados os papéis da sociedade e da família, com as mudanças tecnológicas e de valores favorecendo sentimentos de insatisfação e dificuldades na convivência dos adolescentes com seu meio. Este processo leva a uma dificuldade em lidar com limites compartilhada pelo adolescente, sua família e pela sociedade.

Adolescentes atendidos na instituição

As formações discursivas se estruturaram em explicações sobre as características dessa população e como a equipe lida com essas pessoas. Entre as características dessa população, o papel da família foi percebido como determinante do uso de substâncias e do prognóstico do tratamento:

São adolescentes que têm uma vivência de rua, uma ligação com a questão da marginalidade, envolvidos em gangues. Um outro perfil é de adolescentes que não têm essa vivência, têm uma vivência criminal, mas não marginal no sentido de o lugar ser a rua. Isso faz diferença, isso faz você ter um certo pertencimento à uma família, a um meio social.

A família, eles [adolescentes] reclamam muito, a família que não ajuda, as perspectivas, não tem, sonho, previsão nenhuma, então eu acho que tudo isso desfavorece, ele não tem motivos, ‘vamos se tratar para alcançar o quê, para melhorar o quê?’

Com relação ao cuidado, a questão de lidar com limites, no sentido de negociar regras constantemente dentro do tratamento, foi enfatizada pelos entrevistados, em especial comparando pacientes adolescentes com adultos:

O adulto, você já consegue estabelecer algumas regras, e consegue cobrar algumas regras estabelecidas. No adolescente, a todo momento você tem que assim, tá revisando um pouco, tá abrindo mão de

algumas coisas, puxando mais outras coisas, que o adolescente já não consegue assim, a todo momento, combinou a regra a que ele se propôs. Então, é, tem que ser mais flexível, com adolescente.

Essas dificuldades pareceram levar a uma caracterização dos pacientes adolescentes como pessoas mais difíceis de lidar e de obter benefícios com o tratamento:

A equipe tem muita dificuldade com adolescente usuário de substância, no tratamento, na estabilidade do tratamento e na resposta ao tratamento. Nós temos uma dificuldade aqui com adolescentes, a diferença com a população adulta é marcante, no manejo, no contato, na resposta ao tratamento, na adesão ao tratamento.

Uso de substâncias e dependência

Perguntados sobre o que a palavra “droga” os fazia pensar, os participantes aludiram a dois processos inter-relacionados, a busca por alívio e a busca por prazer, no sentido de lidar com o sofrimento e/ou a privação:

A droga, eu poderia falar de várias coisas, do uso, da situação social do país, mas o que vem na cabeça pra mim é que a droga encaixa muito bem nas angústias alheias, como o ser humano encontra meios de não sentir dor, e não elabora as coisas dele pra trabalhar as dores que sente. É muito gostoso estar alegre e eufórico, sentir prazer. É muito bom também não sentir dor, que é outra forma de prazer. Eu acho que droga tem tudo a ver com isso.

Ao falar do uso de substâncias na adolescência, foram ressaltadas questões como lidar com limites e descoberta, no sentido de uma busca do adolescente de conhecer a si mesmo e ao mundo:

Tem um lado do prazer, né, a busca do prazer na adolescência, o conhecer o mundo, o sair do mundinho da família, de galgar a rua e ter muitos prazeres. Mas é um prazer de alto risco, né, é uma necessidade de auto-afirmação, de falar ‘eu dou conta’. Então é assim, prazer de um lado, muito risco do outro.

Esta busca pode levar, na maioria dos casos, à dependência, entendida como uma perda do controle sobre si mesmo:

A dependência pra mim é uma falta de liberdade, né, que a pessoa acaba deixando de, de poder viver a sua vida.

Quando tem esse uso exagerado, compulsivo, essa dificuldade de controle, o que me vem é problema., tantos problemas que levam o sujeito à essa compulsão, como decorrentes dessa compulsão.

Tratamento da dependência

Este processo foi entendido como um suporte

para que os pacientes enfrentem os prejuízos decorrentes dessa problemática. Desta forma, o tratamento busca, inicialmente, a conscientização acerca da dependência e seus prejuízos na relação estabelecida entre paciente e profissional. A partir daí, o tratamento visaria favorecer no paciente um processo de autoconhecimento e a busca por outras fontes de prazer:

Eu acho que é assim, é fundamental você tratar quem deseja, ou então você criar essa demanda na pessoa se você vê que ela ainda não despertou, que ela tá sofrendo, tá vindo pedir ajuda, mas ainda tá, ambivalente. Então eu vejo o tratamento como a chance que você dá pra pessoa se rever, se questionar, ver quais os mecanismos que ela tem e possibilidades que tem dentro dela, que possam torná-la mais feliz, sem que com isso ela tenha que lançar mão de um uso, de alguma coisa que ela percebeu que não, não é a melhor saída, né?

A idéia de sucesso no tratamento foi entendida como a obtenção de mudanças no comportamento dos pacientes, no sentido de “outro relacionamento com a droga”. Assim, o sucesso no tratamento implicaria um maior autocuidado, controle de si mesmo e redução dos prejuízos pessoais decorrentes da dependência, ainda que não necessariamente se fale em abstinência:

A gente pensa que sucesso é o seguinte: o indivíduo parou de usar a substância ou usa num padrão que não tá prejudicando a vida dele. Eu acho que o sucesso vai ser quando ele tiver um controle desse comportamento de usar a substância. Pra mim não adianta fazer ele parar ou diminuir o uso, se ele continua com aqueles fantasmas, que permite ele usar a droga como um acalento, pra mim o sucesso do tratamento é melhorar o padrão de uso, associado com uma mudança de qualidade de vida, vindo internamente dele, sem ser uma coisa forçada.

Adesão ao tratamento

Um dos entrevistados enfatizou a adesão ao tratamento como um critério de sucesso no mesmo, relacionando esses dois processos. Os participantes compreenderam a adesão de modo amplo, como um processo ligado ao vínculo paciente profissional e não como mero seguimento de condutas específicas ao tratamento em si. Assim, critérios como regularidade (comparecer às consultas e atendimentos), abstinência e obediência às regras da instituição não foram considerados indicadores de adesão. Entretanto, observou-se um conflito nas falas entre duas posturas: um foco no relacionamento do paciente com seu tratamento, e a valorização de atitudes mais rígidas, com ênfase nas regras do tratamento:

Não confundir adesão com abstinência, não confundir que o sujeito tá aderindo ao tratamento porque tá abstinente ou porque ele diz que tá abstinente. Eu poderia dizer que um dos efeitos da adesão seja a abstinência. Eu penso em adesão como um investimento que o sujeito faz por si.

Essa é uma questão difícil. Pode ter adesão do sujeito que vem, mas não quer mudar nada, tá aí todo dia, mas lá fora, continua tudo na mesma... aderiu? Sobre certo aspecto sim, pode ser que o sujeito que aderiu é aquele que pensa na proposta de mudar. A adesão é o sujeito que tem um vínculo com a instituição e que se dispõe a aceitar minimamente o que ela lhe oferece em termos de tratamento. Aceita as regras, aceita a estrutura que lhe é oferecida, mesmo com uma certa dificuldade. É o sujeito que se implica minimamente, mesmo que não mude muito ou não queira.

A maioria dos participantes concebeu a adesão em termos de motivação e afiliação ao tratamento; um deles também enfatizou que este é um processo gradual:

A adesão pra mim tá ligada a um esforço, de mudança, alguma mudança, por menor que seja, que ele consiga fazer; é, na sua vida. Porque na hora em que ele chega, né, ele, provavelmente não fez nenhuma mudança ainda, ele vem por um desejo, dele, ou de alguém; mas entre o desejo, e uma primeira mudança, seja ela qual for; é, existe um espaço longo, então eu considero que ele é, começou a aderir; quando ele fez o primeiro passo pra mudar seja lá o que for.

Comprometimento, né? Ele se implica primeiro com ele mesmo, ele tem o desejo, né, e aí eu acho que vem a questão do vínculo, né. Ele vai tá num lugar que ele se sente protegido, um lugar que, ‘não, aqui eu posso contar; as pessoas tão torcendo por mim’.

Alguns participantes enfatizaram a relevância da maturidade dos pacientes:

Eu vejo assim, essa adesão, como parte do teu tratamento, como a fase da lua, hoje ela tá aqui, aí de repente ela vai embora, aí ela pode voltar; eu não, não vejo a adesão, que tem que ser uma adesão de meses, pré-determinada, eu acho que cada indivíduo vai ter o seu tempo, se nesse momento ele, ele foi, né não conseguiu ficar; por conta das questões pessoais, da ambivalência, mais pra frente ele pode voltar; então eu vejo a adesão assim, é o momento do paciente.

Adesão de pacientes adolescentes

Dois participantes não perceberam diferenças na adesão entre adolescentes e adultos. Contudo, esta diferença foi vista pelos outros membros da equipe em termos de uma menor adesão por parte dos adolescentes, num processo visto como baixo em todos os pacientes:

Eu acho que é uma adesão baixa, mas nós temos pacientes que aderem e que se comprometem, que tão realmente fazendo o tratamento. Mas acho que em geral essa adesão é baixa.

Os aspectos ligados a essa dificuldade foram o papel da família, que não oferece suporte ao adolescente, e fatores ligados ao tratamento em si, como a dificuldade da equipe em lidar com adolescentes e o despreparo da instituição para acolher adequadamente essa população. Para enfrentar essas dificuldades, a questão de lidar com limites foi mencionada, no sentido de negociar regras do tratamento plausíveis para os adolescentes. Também foi mencionada a busca por contato com os adolescentes que abandonam o tratamento.

Com referência a como favorecer a adesão nessa população, alguns participantes mencionaram a busca por intervenções específicas, seja através de outras instituições que trabalham com adolescentes ou com atividades apenas para eles.

Fatores relacionados à adesão de adolescentes ao tratamento

Fatores externos à instituição

Um dos principais desfavorecedores da adesão para os entrevistados são as dificuldades práticas dos pacientes em tratar-se, referindo-se à localização do serviço, que exige que os pacientes gastem muito dinheiro para chegar ao local, e a dificuldade em conciliar trabalho e tratamento. Contudo, tais dificuldades foram questionadas por um dos participantes:

Um dos fatores é que aqui tá fora do centro, tá no bairro. As pessoas não têm dinheiro pra tá vindo, mas isso também é só uma desculpa inicial. Mas realmente tem gente que não tem dinheiro. Quando tem, usa o dinheiro pra droga. Ou a família entender, a família trazer, muitos têm carro. Então, há um descompromisso também da família.

Como ilustrado acima, a maioria dos entrevistados enfatizou o papel da família, seja incentivando o familiar em tratamento ou participando deste. O funcionamento do grupo familiar foi relacionado à adesão, no sentido de uma maior “estruturação” favorecê-la. Outro fator mencionado foi o papel da marginalização, vista como altamente desfavorecedora da adesão:

São adolescentes de baixa renda, que abandonaram as casas, que têm vivência de rua, que têm envolvimento com o roubo, com o tráfico, com droga. Um conflito familiar muito intenso, uma família desajustada, isso dificulta a aderência desses adolescentes aqui, né?

Fatores relacionados à instituição

Os participantes ressaltaram aspectos da equipe e da instituição como relevantes para a adesão. Entre os primeiros, foi mencionada a importância do agente de saúde como facilitador da afiliação do paciente ao tratamento e à equipe, entendida como uma relação de confiança que favorece o tratamento. No caso dos adolescentes, foi ressaltada a especificidade de suas necessidades e de seu perfil, implicando a necessidade de um preparo profissional e institucional nem sempre alcançado:

Eu acho que a maioria dos profissionais não tem preparação para isso. O que a gente sabe é o básico que todos têm que saber, ou o que a gente foi procurar saber. Mas eu acho que, poucos têm essa, né, parte teórica, de lidar com essa parte, de adolescente.

Outro aspecto considerado desfavorecedor do tratamento foi a convivência de adultos e adolescentes juntos dentro da instituição, descrita como conflituosa e desconfortável:

Então tem que ter um lugar mais adequado pra adolescentes, que seja o espaço deles, separado dos adultos.

Mas cada vez mais a gente tá buscando supervisão pra ver como faz pra atraí-los [pacientes adolescentes], que atividades a gente pode ter além do que a gente já tem pra eles estarem aderindo ao tratamento.

Também foi citada a importância de oferecer benefícios secundários ao tratamento para favorecer a adesão, como tratamento médico de outros problemas de saúde, carteiras de passes de ônibus, alimentação ou cuidados pessoais:

Outra coisa é oferecer ao sujeito espaços que lhe atraiam. Então, comida, banho, brinquedo, principalmente brinquedo. Muitas vezes, orientação em relação a documentos, a direitos. Isso facilitaria a adesão.

Discussão

As formações discursivas dos entrevistados conceberam a adolescência como um período de conflitos internos e interpessoais, refletindo problemáticas sociais. Contudo, em um estudo sobre o autoconceito e auto-estima de adolescentes²¹, observou-se uma visão otimista destes sobre si mesmos, em oposição à visão desse período como conturbado e conflituoso. Ainda, o estudo afirma que uma visão negativa da adolescência pode impedir a formulação de políticas públicas na área de saúde que privilegiem seu potencial.

O aspecto de crise pessoal enfatizado nas entrevistas aponta para teóricos como Aberastury e

Knobel²², cujo modelo de “síndrome da adolescência normal”, apesar de considerar determinantes sociais, centra-se em elementos da vida pessoal e familiar para explicar características da adolescência. Contudo, entende-se que os exageros por parte de modelos psicodinâmicos (desconsideração de fatores históricos e uma visão negativa da adolescência²¹) parecem se relacionar mais à forma como os profissionais se apropriam desses modelos do que aos modelos em si. Contudo, a consideração pelos entrevistados de fatores sociais influenciando a adolescência permite entrever uma compreensão mais ampla desse fenômeno.

Os participantes relacionaram o papel da família à dependência dos adolescentes, no sentido de dificuldades em impor limites no processo de educação deles. A influência da dinâmica familiar na DQ é ressaltada em vários trabalhos^{3,14}, bem como a participação da família no tratamento, descrita pelos entrevistados como uma dificuldade do serviço oferecido.

Os entrevistados deram grande importância à questão de lidar com limites no trato dos adolescentes, no sentido de negociar regras constantemente. Embora o questionamento de regras possa ser considerado uma característica observada em adolescentes em geral, no caso da presente pesquisa, ela ocorre no contexto de dificuldades relatadas pela equipe, referentes às condições institucionais pouco adequadas e ausência de especialização desta para lidar com essa população. Contudo, é importante não deixar de lado que o tratamento de adolescentes dependentes é comumente relatado na literatura como um desafio^{12,14}.

Em coerência com a dificuldade em aceitar limites externos, o discurso sobre a dependência e seu tratamento foi organizado pelos entrevistados como uma perda do controle sobre si; assim, as intervenções visariam à reflexão dos pacientes sobre o papel do uso de substâncias em suas vidas, o que poderia promover melhorias no funcionamento emocional e na qualidade de vida.

Considerando que o discurso sobre o tratamento estrutura a relação entre profissionais e pacientes, alguns desafios vividos pelos entrevistados podem ser atribuídos aos pressupostos destes sobre o que significa tratar adolescentes. Schneider²³ e Schneider *et al.*²⁴ avaliaram as percepções de dirigentes de serviços de atenção à DQ sobre os fatores que levam à esta e o significado do uso de substâncias na sociedade atual. Os resultados sugerem uma visão parcializada dos fenômenos abordados, com uma culpabilização/vitimização dos pacientes num discurso não-dialético sobre a DQ e seu tratamento.

No presente estudo, os entrevistados adotaram o modelo psicossocial para explicar a origem do uso de substâncias (uma inter-relação entre o indivíduo, sua família e o aprendizado social) e sua intervenção (a relação droga-indivíduo). Uma das limitações desse modelo seria a ausência de reflexão sobre aspectos ideológicos e relações de poder nos vínculos profissional-paciente, nas teorias adotadas e nos dados que as sustentam²³. Esta limitação é observada no discurso da equipe entrevistada, em que relações de poder dentro do tratamento não foram abordadas, a não ser no caso das internações exigidas por lei. Deve-se recordar, contudo, a contemplação de fatores sociais presente no discurso dos entrevistados, sugerindo uma dificuldade em integrar estes aspectos na intervenção.

As dificuldades percebidas pelos profissionais no tratamento de adolescentes pareceram, nas entrevistas, explicar os problemas relativos à adesão. Observou-se um conflito entre um foco no relacionamento com o paciente e outro na aceitação das regras do tratamento. Por mais que se possa pensar nessa aceitação como submissão, esta postura foi estruturada pelos entrevistados como uma proposta negociada e não uma obrigação imposta aos pacientes. Contudo, o foco em regras pode configurar uma hierarquia desfavorecedora da adesão.

A adesão ao tratamento em geral também foi entendida como produto de uma relação entre equipe e paciente, enfatizando o papel da equipe e o esforço do paciente em aderir, mas a importância atribuída à sua maturidade pode levar a uma culpabilização deste pela não adesão. A despeito disso, o discurso dos entrevistados sugere mais preocupação com a busca por conhecimentos que possam aprimorar o tratamento do que culpabilização.

Schneider *et al.*²⁴ observaram baixa adesão e alto índice de fugas dos pacientes em dois dos cinco ambulatórios estudados por elas. Entre as causas atribuídas pelos serviços a esses fenômenos, foram considerados apenas aspectos externos ao tratamento (problemas familiares, financeiros, interpessoais) ou relativos à dependência em si (não-aceitação da doença). Foi observado que os serviços estudados não têm desenvolvido estratégias de avaliação ou mesmo de consideração de fatores do tratamento relacionados à não-adesão, contrastando com os profissionais por nós entrevistados, os quais denotaram uma postura mais crítica, a despeito da sua ênfase em aspectos psicossociais do fenômeno. Por outro lado, diferenças metodológicas na coleta dos dados sugerem cautela nessa comparação – entrevistas compreensivas com vários profissionais de um mesmo ambulatório, por nós realizadas, em contraste com questionários aplicados aos dirigentes de instituições²⁴.

Com relação à adesão específica dos adolescentes dependentes, a atribuição de dificuldades a estes e suas famílias, por parte dos entrevistados, foi mais presente do que no discurso sobre a adesão em geral. Entretanto, os entrevistados também deram importância a fatores ligados à equipe e à instituição na explicação dessas dificuldades, sugerindo a possibilidade de um discurso mais dialógico/dialético do que somente culpabilizante.

Leite e Vasconcelos¹ destacam que, para a promoção da adesão ao tratamento, o paciente deve ser o objetivo último, como ser “que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e ‘ressignificações’ sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo ou estado crônico de adoecimento”. Assim, os problemas vividos pela equipe podem ser entendidos como uma dificuldade na relação entre profissionais, pacientes e familiares, em que entram em jogo expectativas, valores e representações sobre o tratamento nem sempre compartilhados por todos eles.

Em última instância, para o paciente importa poder viver bem, com autonomia e liberdade, e não necessariamente obedecer ou não a uma prescrição médica¹. Pode-se pensar o mesmo no tratamento do uso de substâncias? Numa área em que por muitas vezes a percepção dos prejuízos decorrentes da dependência não é compartilhada por pacientes e profissionais, a adesão fica dificultada não somente pelas exigências de um tratamento custoso, mas também pela dificuldade em criar um sentido para este. Assim sendo, a valorização por parte da equipe em ofertar benefícios secundários ao tratamento pode ser entendida não apenas como uma estratégia de “sedução”, visando atrair pacientes, mas como uma forma de atender às necessidades “proximais”¹¹, que apresentariam um sentido indiscutível para eles.

Aszalos *et al.*¹⁰ relataram alta adesão num programa de tratamento que incluiu as “necessidades proximais”, enfatizando que o foco nas prioridades dos pacientes – e não da equipe – na busca por condições mais saudáveis promove tanto abstinência como práticas preventivas de saúde. Já Fiorentine¹⁰ afirma que a dificuldade em conseguir financiamento adequado para os serviços deve levar os profissionais a se preocuparem com a melhoria da eficácia do tratamento em si, reportando que o atendimento às “necessidades proximais” não teve efeito relevante no tratamento da dependência em seu estudo. Tais resultados contraditórios revelam que mais pesquisas sobre o tema se fazem necessárias, já que entender a relevância das razões para a não-adesão pode oferecer subsídios para melhorias no atendimento¹.

Com relação ao presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas quanto aos resultados aqui discutidos. Em primeiro lugar, este foi um trabalho qualitativo, de caráter exploratório, que levou em conta as formações discursivas dos profissionais, mas não as dos pacientes, o que poderia levantar informações sobre as possíveis convergências e divergências na relação entre eles. Ainda, os dados se referem a uma única equipe de um serviço ambulatorial de atenção a dependentes, limitando sua generalização para outras modalidades de tratamento.

Deve-se destacar que, no período em que foram realizadas as entrevistas, algumas iniciativas por parte dos entrevistados, como a busca por supervisão de trabalho e parcerias com outros serviços de atendimento a adolescentes, haviam sido parcialmente implementadas. Nos últimos dois anos, um serviço específico para o atendimento de adolescentes foi implantado, com a reforma e adaptação das instalações para esse público. Desta forma, o *status* dos problemas vividos pela equipe pode ser diferente atualmente, com parte das dificuldades institucionais aludidas tendo sido solucionada. Ainda, iniciativas de trabalho em rede com outros serviços de atenção à infância e adolescência têm sido fomentadas na região do serviço estudado, favorecendo a superação das dificuldades em atender as famílias.

Considerações finais

A partir das entrevistas, foi possível notar que a constatação das dificuldades da equipe se mostra um exercício de avaliação necessário, podendo levantar pontos para reflexão; outros trabalhos sobre serviços de atendimento a dependentes também apontam falhas, sem incorrer num mero *mea culpa*^{6,25}.

As dificuldades vividas pelas equipes no tratamento da dependência apontam para uma complexidade que o campo da saúde parece não conseguir abarcar sozinho; Schneider *et al.*²⁴ enfatizam a produção social da dependência como resultante das dificuldades econômicas e de uma crise de valores. Os entrevistados pareceram abordar o aspecto social da dependência, sem, contudo, conseguir oferecer uma resposta à altura, dificuldade que não deve ser entendida como uma falha da equipe, mas como uma limitação frente a uma realidade complexa, que exige diversos tipos de resposta. Nesse sentido, deve-se apontar a relevância dos modelos de trabalho em rede, agregando diversas instituições que atendam diferentes deman-

das, iniciativa que tem sido implementada em especial no atendimento a crianças e adolescentes. No tratamento de adultos, pode-se também pensar em outros modelos emergentes^{14,23}.

Independente do modelo de atendimento, a questão da adesão permanece um desafio. Em adolescentes, esse desafio se agrava, levantando a necessidade de pesquisa e teoria associadas, visando oferecer modelos de compreensão e intervenção. Contudo, deve-se considerar que um tratamento que não oferece ao paciente a chance de participar ativamente do tratamento, assim como uma escuta ativa do profissional de saúde, pode promover mais **compliance** do que **adherence**.

Os principais eixos das falas dos participantes sugerem convergências e divergências com trabalhos científicos sobre abuso/dependência de substâncias, refletindo as dificuldades e desafios dessa área. Considerando a existência de poucos estudos brasileiros sobre a adesão ao tratamento da dependência química, entende-se que as questões aqui levantadas deverão ser aprofundadas em pesquisas futuras, visando contribuir para o debate na literatura brasileira sobre o tema.

Colaboradores

AA Scaduto e V Barbieri participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):775-782.
2. Hser Y, Grella CE, Hubbard RL, Hsieh SC, Fletcher BW, Brown BS, Anglin, MD. An Evaluation of Drug Treatments for Adolescents in 4 US Cities. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(7): 689-695.
3. Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):299-306.
4. Zhang Z. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction* 2003; 98: 673-684.
5. Surjan JC, Pillon SC, Laranjeira R. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas? [site na Internet]. 2000 [acessado 2006 set 21]. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/docs/alcool/adesaoTratamento.pdf>
6. Williams RJ, Chang SY, Addiction Centre Adolescent Research Group. A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clin Psychol-Sci Pr* 2000; 7(2):138-166.
7. Forman RF, Bovasso G, Woody G. Staff beliefs about addiction treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21:1-9.
8. De Weert-Van Oene GH, Schippers GM, De Jong CAJ, Schrijvers GJP. Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *J Subst Abuse Treat* 2001, 20:253-261.
9. Battjes RJ, Gordona MS, O'Grady KE, Kinlock TW. Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. *Addict Behav* 2004; 29: 1021-1027.
10. Aszalos R, McDuff DR, Weintraub E, Montoya I, Schwartz R. Engaging Hospitalized Heroin-Dependent Patients into Substance Abuse Treatment. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17(1-2):149-158.
11. Fiorentine R. Effective Drug treatment: Testing the Distal Needs Hypothesis. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15(4):281-289.
12. Silva VA, Aguiara AS, Felixa F, Rebelloa GP, Andrade RC, Mattos HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(3):133-138.
13. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(1):14-17.
14. Kessler F, von Diemen L, Seganfredo AC, Brandão I, de Saibro P, Scheidt B, Grillo R, Ramos SP. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2003; 25(1):33-41.
15. Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad Saude Pública* 2004; 20(3):649-659.
16. Muza GM. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I – Prevalência de consumo por sexo, idade e substância. *Rev. Saude Pública* 1997; 31(1): 21-29.
17. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. *V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; 2005.
18. Slesnick N. Variables Associated with Therapy Attendance in Runaway Substance Abusing Youth: Preliminary Findings. *Am J Fam Ther* 2001; 29(5):411-420.
19. Pinheiro OG. Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink MJ, organizador. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 183-214.
20. Navarro P, Díaz C. Análisis de Contenido. In: Delgado JM, Gutiérrez J, compiladores. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1995. p. 481-491.
21. Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):669-680.
22. Aberastury A, Knobel M. *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
23. Schneider DR. Dependência de drogas: implicações do horizonte de racionalidade nos modelos de tratamento. In: *XXXV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia* [CD-ROM]. Curitiba; 2005.
24. Schneider DR, Spohr B, Leitão C, Scaramburlo N. Caracterização dos serviços de atenção à dependência do álcool e outras drogas da região da Grande Florianópolis - relatório de pesquisa. [site na Internet] 2004 [acessado 2006 nov 5.] Disponível em: <http://www.psiclin.ufsc.br/Relat%F3rio%20Caracteriza%E7%E3o%20dos%20Servi%E7os.pdf>
25. Passos SRL, Camacho LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Rev. Saude Pública* 1998; 32(1):64-71.

Artigo apresentado em 27/03/2007

Aprovado em 09/07/2007

Versão final apresentada em 15/08/2007