

GRUPO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS COMO DISPOSITIVO PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA¹

*RELAPSE PREVENTION GROUP AS A RECOVERY TOOL
FOR THE TREATMENT OF CHEMICAL DEPENDENCY*

**Moises Romanini², Ana Cristina Garcia Dias³ e
Amanda Schreiner Pereira⁴**

RESUMO

A Prevenção de Recaída é uma abordagem baseada nos princípios da Terapia Cognitivo-comportamental. Nela, os comportamentos aditivos, como os de dependentes químicos, são considerados maus hábitos que são aprendidos e mal-adaptados, utilizados para lidar com situações difíceis e seguidos de gratificação. Seu foco primário é mudar o hábito, antecipando as situações de risco e procurando lidar com elas. Visa desenvolver habilidades de enfrentamento, controle e autoeficácia. O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad é uma instituição pública responsável pelo tratamento de usuários de drogas/álcool no município de Santa Maria. Pensando em qualificar o serviço prestado, pretende-se implantar um Grupo de Prevenção de Recaídas visando aumentar o tempo de abstinência e a autoeficácia dos usuários. O objetivo, neste trabalho, é apresentar uma proposta de formatação para o trabalho em Grupo com essa população. Trata-se de um grupo fechado, estruturado com dezesseis encontros, que acontecerão duas vezes por semana.

Palavras-chave: situações de risco, habilidades de enfrentamento, autoeficácia.

¹ Trabalho de Iniciação Científica - UFSM.

² Acadêmico do Curso de Psicologia - UFSM. *E-mail:* moisesromanini@yahoo.com.br

³ Orientadora - UFSM.

⁴ Coorientadora - UFSM.

ABSTRACT

Relapse prevention (RP) is an approach based on the principles of Cognitive-Behavioral Therapy. In the RP model, addictive behaviors, which chemically dependent people exhibit, are considered bad habits that are learned and ill-adapted, used for coping with difficult situations and followed by gratifications. It focuses primarily on behavior change, assessing high-risk situations aiming to develop a person's coping skills, sense of control and self-efficacy. The Center of Psychosocial Attention (CAPS) is a public institution that is responsible for the treatment of alcohol and other substance users in the city of Santa Maria. To improve the quality of the service offered, it is intended to implement a Relapse Prevention Group aiming to increase the users' abstinence and self-efficacy. The purpose of this study is to present a format of group work with this population. It is a closed group with sixteen people and twice-weekly sessions.

Keywords: *high-risk factors, coping skills, self-efficacy.*

INTRODUÇÃO

O uso de drogas faz parte da história de todos os povos. Até o momento, não se tem notícia de alguma cultura que não tenha realizado o uso de diferentes substâncias, com diferentes objetivos (terapêutico, religioso, recreativo). Nesse sentido, o uso de drogas é uma prática antiga e universal, pois as mesmas podem ser fonte de interesse, atração, medo, entre outros sentimentos e significados culturais que as mesmas provocam nos indivíduos (BUCHER, 1992). Assim, dependendo do momento histórico, da cultura predominante de cada época, o uso de drogas pode ser encarado de diversas maneiras, sendo visto ora como um problema ou doença, ora como uma solução ou mesmo cura. Atualmente, a questão do uso de drogas, especialmente ilícitas, entrou na pauta das discussões de saúde pública, visto que o uso inadequado de substâncias psicoativas tem representado uma grave ameaça à saúde de inúmeros brasileiros e contribuído para a elevação dos índices de violência e criminalidade em nossa sociedade.

Diante desse novo desafio, que preocupa toda a população, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) passa a ser uma referência no atendimento aos usuários de drogas. Os CAPS são unidades de atendimento em saúde mental que oferecem a seus usuários um programa de cuidados intensivos, planejado por uma equipe multidisciplinar. Os CAPS foram, inicialmente, concebidos como

serviços alternativos ao modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico, incorporando a função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e as da comunidade, visando à promoção da vida em comunidade e à autonomia de seus usuários (de acordo com a Portaria 336/GM, de 2004).

O CAPS ad “Caminhos do Sol” foi aprovado em dezembro de 2002 e funciona desde janeiro de 2003, no município de Santa Maria, cidade do estado do Rio Grande do Sul, que possui em torno de 280.000 habitantes. Os tratamentos são oferecidos dentro das modalidades: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os atendimentos e atividades são desenvolvidos em um ambiente com duas salas de reuniões, quatro salas de atendimentos clínicos, um espaço de recreação, uma cozinha, uma recepção e três banheiros. A área de recreação oferece um ambiente arborizado aos pacientes intensivos e materiais para jogos diversos.

Atualmente, a equipe é formada por uma psiquiatra, um clínico geral, uma enfermeira, três psicólogos, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar administrativa, um recepcionista, uma fisioterapeuta, um assistente social, uma educadora física e uma funcionária que realiza os serviços gerais. O local também se constitui em um espaço de formação acadêmica, que conta, hoje, com estagiários de Enfermagem e de Psicologia das universidades da cidade.

O serviço articula-se com a rede municipal, especificamente: com o Ambulatório de Saúde Mental, o CAPS II Prado Veppo, a Unidade de Dependência Química (SERDEQUIM) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM), além da rede de Atenção Básica, do Programa de Saúde da Família (PSF), do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Fazendas Terapêuticas, Conselho Tutelar e Poder Judiciário.

Devido a grande demanda de atendimentos e às dificuldades encontradas com pacientes cada vez mais jovens, a equipe do CAPS ad, recentemente, efetivou algumas modificações essenciais na sua forma de trabalho. Dentre elas: a reestruturação das entrevistas de triagem e a criação de novos grupos. Entre eles encontra-se o grupo de prevenção de recaídas, que tem por objetivo auxiliar os pacientes a manterem os resultados obtidos no tratamento. No presente trabalho, além de apresentar uma breve revisão de literatura sobre o uso de substâncias, descreve-se uma proposta de programa na modalidade de Grupos de Prevenção à Recaída para o uso de substâncias, desenvolvido pelos autores, baseado no referencial da Teoria Cognitivo-comportamental (TCC). A proposta do programa é resultado de um longo processo de leituras, discussões e estudos sobre o tema.

DESENVOLVIMENTO

Muitos são os termos empregados para designar os transtornos relacionados ao uso de substâncias, termos como “alcooolismo”, “drogadição” e “adição” são os mais comuns de serem utilizados no senso comum. Na obra *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV-TR, 2000), descreve e classifica os transtornos relacionados a substâncias em dois tipos principais, a saber: a) aqueles induzidos por substâncias e b) aqueles relacionados às substâncias.

Os transtornos induzidos por substâncias parecem ser resultados diretos do uso de substâncias psicoativas, como intoxicação, sintomas de abstinência, psicose, entre outros. Esses transtornos são, geralmente, tratados clinicamente e não estão incluídos na proposta deste trabalho. Quanto aos transtornos relacionados ao uso de substâncias, o DSM-IV-TR (2000) os divide em outros dois tipos: o abuso e a dependência.

O abuso de substâncias é considerado menos grave do que a dependência, sendo pautado pelo “uso repetido da droga em situações nas quais a utilização é potencialmente prejudicial a si ou aos outros, ou apesar do conhecimento de que causa ou está associado a problemas sociais e psicológicos significativos” (ROTGERS; NGUYEN, 2008, p.275). Os critérios para abuso de substâncias, conforme o DSM-IV-TR (2000), incluem prejuízo de funções (ausência no trabalho ou nas obrigações domésticas), uso nocivo (como dirigir intoxicado), problemas legais relativos ao uso e problemas sociais ou interpessoais decorrentes deste. Para o diagnóstico de abuso de substâncias, um dos critérios citados anteriormente deve estar presente por mais de um ano, sendo que o paciente nunca tenha preenchido os critérios para dependência de substâncias nesse período.

A dependência, por sua vez, é mais grave e, conceitualmente, aproxima-se mais daquilo que os leigos chamam de “vício”. Ela exige que o uso da substância tenha criado três ou mais consequências negativas na vida da pessoa ao longo de 12 meses. Dentre essas consequências (critérios), destacam-se: tolerância aos efeitos da substância; sintomas de abstinência ou uso da substância para evitá-la; a substância é consumida em quantidades maiores ou por períodos mais longos do que fora intencionado; grande parte do tempo é gasto usando e obtendo a substância ou recuperando-se dos efeitos de seu uso; a pessoa desiste de atividades sociais, laborais ou recreativas importantes para usar a substância ou por causa de seu uso; entre outros (DSM-IV-TR, 2000).

Rotgers e Nguyen (2008) destacam importantes implicações decorrentes da abordagem do DSM-IV-TR para o diagnóstico dos transtornos relativos ao uso de substâncias psicoativas. Para os autores, em primeiro lugar, os transtornos não são entidades unitárias, ou seja, nem todas as pessoas apresentam semelhança em seu quadro particular de sintomas, mesmo que preencham os mesmos requisitos

para o diagnóstico. Em segundo lugar, eles observam que é interessante notar que o uso de substâncias por si só não se configura como um dos critérios dos diagnósticos, contudo, é uma exigência básica para os mesmos. Um terceiro aspecto abordado é que uma vez fechado o diagnóstico de dependência, a pessoa nunca mais o perde. Na melhor das hipóteses, o transtorno, quando resolvido com sucesso, é considerado em remissão completa e mantida. Finalmente, a resolução do abuso ou da dependência não pressupõe a cessação absoluta do uso da substância, apenas exige o não surgimento de sintomas relativos ao uso.

Dessa forma, a abstinência total pela vida toda não é um pré-requisito para a resolução de transtornos relativos às substâncias, apesar de, na prática, esta ser uma forma de garantir que a pessoa não mais vivenciará problemas relativos ao uso (ROTGERS; NGUYEN, 2008, p. 276). Sabe-se que, assim como há variabilidade entre as substâncias psicoativas quanto ao grau de probabilidade de dependência, há também variabilidade nas formas pelas quais uso e dependência se manifestam nos indivíduos. A natureza da dependência produzida por uma droga específica, por exemplo a cocaína, varia de uma pessoa para outra, assim como os padrões de uso que levam ao abuso e à dependência. Por isso, são etapas fundamentais de qualquer tratamento cognitivo-comportamental a avaliação e o plano de tratamento individualizados.

As abordagens da Teoria Cognitivo-comportamental para compreender os transtornos relacionados ao uso de substâncias baseiam-se, solidamente, na Teoria de Aprendizagem Social proposta por Bandura (1977). Segundo essa teoria, o comportamento de uso ou abuso de substâncias é aprendido e sua frequência, duração e intensidade aumentam em função dos benefícios psicológicos alcançados. A Teoria de Aprendizagem Social reconhece a importância e a interação entre fatores biológicos, genéticos e psicossociais.

De acordo com essa teoria, o indivíduo inicia o uso de substâncias quando tem modelos que demonstram expectativas positivas em relação ao uso. Ou seja, “o uso inicial é estimulado pela expectativa de reforço do comportamento envolvendo o uso. Esse reforço pode adotar uma variedade de formas e nem todas são diretamente decorrentes dos efeitos farmacológicos da substância” (ROTGERS; NGUYEN, 2008, p. 276). A continuação do uso, contudo, é resultado das propriedades reforçadoras da substância para o indivíduo. As substâncias, por sua vez, fortalecem a expectativa de desfecho positivo, provocando uma retroalimentação que produz o aumento do uso. Assim, à medida que o indivíduo usa a substância repetidamente e desenvolve tolerância aos seus efeitos, são as fortes expectativas de desfecho positivo associadas ao uso, que mantém o comportamento aditivo. Nesse sentido, observa-se que há uma grande probabilidade

do indivíduo vir a usar a substância com uma intensidade e uma frequência cada vez maiores, estabelecendo um “ciclo vicioso” (ROTGERS; NGUYEN, 2008). Além disso, uma vez que a dependência se estabelece, o aumento da intensidade e da frequência também ocorre com a finalidade de reduzir os efeitos negativos resultantes da retirada da substância após um episódio de uso.

A Teoria de Aprendizagem Social, desde seu início, procurou se embasar nas pesquisas clínicas do álcool e de seu abuso para formular alguns princípios que compõem uma versão compreensiva e abrangente de uma abordagem denominada “Teoria de Aprendizagem Social do Uso e Dependência do Álcool”. Estes princípios são: modelagem, reforçadores, estímulo ambiental e autoeficácia (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

O princípio da *modelagem* envolve uma noção de desenvolvimento: em determinadas culturas, o beber faz parte do crescimento, onde as influências da família formam comportamentos, crenças e expectativas nos jovens em relação ao uso do álcool. Ou seja, o consumo do álcool é influenciado por *modelos* de consumo, produzindo expectativas sobre os benefícios do comportamento de beber.

O princípio de *reforçadores* pressupõe que o consumo de álcool ou drogas é fortemente influenciado por reforçadores positivos e negativos. Os reforçadores positivos estão mais associados à busca pelo prazer: como sensação de euforia, maior sociabilidade, atenção de outras pessoas. Os reforçadores negativos, por sua vez, associam-se mais a evitação de sofrimento: redução da tensão, da ansiedade ou de humor negativo, alívio de dor, redução da inibição.

Um outro princípio trabalhado é o papel do *estímulo ambiental*. Os estímulos ambientais podem eliciar comportamentos de uso de álcool ou drogas tanto por meio do condicionamento clássico pavloviano quanto pelo condicionamento operante (reforços positivos e negativos). As respostas terapêuticas a esses fenômenos podem envolver a identificação e rearranjos desses estímulos ambientais, orientando os pacientes a

evitar certas situações e pessoas consideradas de alto risco, especialmente nas fases iniciais da recuperação, até que tenham tido oportunidade de aprender habilidades cognitivas e comportamentais, para acabar com os estímulos que eliciam o *craving* ou o comportamento de uso (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 251).

O quarto princípio fundamental é o conceito de autoeficácia desenvolvido por Bandura (1977). Autoeficácia é o sentimento de ser capaz de resolver com sucesso uma

determinada situação. Pesquisas demonstram que a autoeficácia não pode ser negligenciada: elas indicam que uma baixa autoeficácia está significativamente associada a recaídas e uma alta autoeficácia está positivamente correlacionada a comportamentos de abstinência (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004). Portanto, um plano de tratamento eficaz deve ter, como um dos objetivos principais, o desenvolvimento de uma forte e realista confiança do paciente para lidar com situações difíceis de vida sem recorrer ao uso de substâncias.

As abordagens utilizadas pela Teoria Cognitivo-comportamental, no tratamento de Transtornos relacionados ao Uso de Substâncias, evidenciam a necessidade da presença de vários elementos no tratamento para que ocorra a mudança desejada. Estes fatores podem ser resumidos pela frase: a pessoa estar “pronta, com vontade e capacitada” para evitar o uso das substâncias (ROLLNICK; MASON; BUTLER, 1999). Ou seja, o indivíduo deve estar preparado para fazer mudanças em sua vida e no comportamento associado ao uso de substâncias (“estar pronto”). Ele deve também ter vontade de sustentar o esforço empreendido na mudança (“estar com vontade”), e deve ter as habilidades (cognitivas, afetivas e comportamentais) requisitadas para efetivar as mudanças desejadas no comportamento, pensamento e estilo de vida. Neste modelo, uma das etiologias para o uso de substâncias é um baixo nível de habilidades interpessoais e na resolução de problemas.

O processo pelo qual o indivíduo vai do uso problemático de substâncias (abuso ou dependência) para uma relação mais saudável com elas (uso moderado ou abstinência) foi descrito por Diclemente e Prochaska (1998), no Modelo Transteórico da Motivação (MTM). Esse modelo propõe que a mudança ocorre à medida que o indivíduo progride em uma série de estágios. Os estágios da mudança descritos pelos autores são: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída.

Presume-se que os estágios sejam sequencialmente não-variáveis, de forma que o indivíduo deve passar por eles na ordem durante cada episódio de tentativa de mudança. Cada estágio do MTM envolve diferentes processos cognitivos, comportamentais e afetivos que servem para facilitar ou inibir o movimento em direção à mudança. [...] As abordagens da TCC possuem vantagem significativa dentro do arcabouço do MTM, pois são condizentes com os processos de mudança que se presumem operar em muitos dos estágios iniciais e certamente são aplicáveis no estágio da ação, quando o indivíduo está claramente envolvido de forma direta na mudança do comportamento (ROTGERS; NGUYEN, 2008, p. 279).

Em muitos pacientes que abusam de substâncias, padrões específicos de pensamento auxiliam na manutenção dos sintomas e dos comportamentos associados ao Transtorno, e podem bloquear a mudança para comportamentos mais adaptativos e saudáveis. Beck et al. (1993) associaram esses padrões de pensamento a crenças relacionadas à adição. Essas crenças são divididas pelos autores em duas categorias gerais: as crenças de expectativa e as crenças permissivas. As crenças de expectativa são aquelas que se referem ao que o paciente sente que são os benefícios decorrentes do uso. Essas crenças envolvem ideias de busca de prazer, resolução de problemas, alívio e fuga e podem se formar bem no início da vida. As crenças permissivas, por sua vez, se relacionam à justificativa, ao ato de assumir riscos e à autorização e servem como fatores que estimulam a busca e o uso da droga. Pesquisas adicionais desenvolvidas por outros autores dividem as crenças permissivas, em dois grupos: as crenças de negação e as crenças de racionalização. As primeiras referem-se a pensamentos que minimizam ou negam o problema ou comportamento. As segundas são aquelas que admitem, pelo menos parcialmente, o comportamento, mas justificam, explicam, atribuem ou negam a conexão entre o comportamento e as consequências (FREEMAN, 1992, apud JUNGERMAN, 2004).

As crenças associadas aos Transtornos relacionados ao Uso de Substâncias, geralmente, têm uma conexão íntima com estados e situações específicas: os “gatilhos”. Esses promovem tanto crenças de expectativa quanto crenças permissivas, e servem de estímulo imediato para o início do comportamento de uso da substância. Os gatilhos também podem promover a complexa constelação de pensamentos e comportamentos associados à fissura pela substância. Eles podem ser tanto internos – estados afetivos como ansiedade, depressão, raiva ou felicidade – quanto contextuais, associados a fatores ambientais como, por exemplo, ser exigido no trabalho/escola. (MARLATT, 1999).

Os desencadeadores mais salientes para um indivíduo são altamente idiossincráticos, ou seja, as pessoas variam muito no grau em que um estado específico ou contexto ambiental se associam à fissura e ao comportamento de busca da substância. O padrão idiossincrático dos fatores desencadeadores faz com que seja necessário identificar o padrão de cada indivíduo, a fim de auxiliá-lo a desenvolver estratégias para lidar com tais desencadeadores sem o uso de substância. Esse processo é a essência da Terapia Cognitivo-comportamental no tratamento dos Transtornos relacionados ao Uso de Substâncias. Em linhas gerais, o tratamento se concentra em dois aspectos: a motivação para mudar (cognições) e o desenvolvimento de habilidades para facilitar e manter as mudanças (comportamentos). Esses são os princípios chave do trabalho em Grupo com Prevenção de recaídas (ROTGERS; NGUYEN, 2008).

A prevenção de recaída foi elaborada por Alan Marlatt durante a década de 1980. Pode ser definida como um programa de autogestão, que busca estimular o estágio da manutenção no processo de mudança (MARLATT, 1999). No modelo de prevenção de recaídas, os comportamentos aditivos são maus hábitos adquiridos, que podem ser modificados. Considera-se que esses pacientes aprenderam esses comportamentos e pensamentos, que são disfuncionais e que, apesar de gerarem problemas para os mesmos, são utilizados quando o paciente tem que lidar com situações difíceis. Parte-se do pressuposto que o paciente não desenvolveu ou aprendeu comportamentos mais adaptativos, que lhe gerem gratificação ou lhes possibilitem resolver os problemas de outra forma. O uso da substância, além de uma gratificação imediata, pode ser percebido como uma forma de resolver problemas como, por exemplo, um sentimento elevado de ansiedade.

A Prevenção de Recaída busca mudar um hábito autodestrutivo e manter a mudança, por meio da aprendizagem de comportamentos mais adaptativos e da identificação de cognições disfuncionais. Marlatt (1999) descreveu dois níveis de intervenção: as intervenções específicas e as intervenções globais. As intervenções específicas consistem tanto na identificação de situações de alto risco para o uso de substâncias para um determinado indivíduo, como no desenvolvimento de estratégias para lidar, efetivamente, com essas situações e em mudanças nas reações cognitivas e emocionais associadas. Considera-se que o paciente tem um papel ativo na identificação das situações de alto risco, que podem envolver fatores intrapessoais (como estados emocionais negativos ou mesmo positivos) e/ou fatores interpessoais (como conflitos e pressões sociais). Uma vez identificadas tais situações, o paciente precisa aprender mecanismos de manejo mais efetivos, incluindo estratégias cognitivas, atividades substitutivas para lidar com as situações. Estas podem ser planejadas individualmente e visam tanto à resolução de problemas como a obtenção de gratificação/lazer. As estratégias envolvem aprender a evitar riscos desnecessários e a lidar de forma positiva quando os riscos são inevitáveis. As intervenções globais, por sua vez, focam o desenvolvimento de comportamentos positivos e saudáveis para substituir aqueles associados com o abuso de substâncias e reforçam o não uso da substância (MARLATT, 1999).

Dessa forma, o foco primário da Prevenção de Recaídas é manter a mudança de hábito, antecipando as situações de risco e procurando lidar com elas. Essa forma de tratamento promove o aumento da consciência e escolha do paciente frente ao problema, desenvolvendo habilidades de enfrentamento e maior confiança, controle e autoeficácia em suas vidas. O objetivo é duplo: prevenir a ocorrência de lapsos iniciais quando a pessoa entra no tratamento e/ou prevenir uma recaída total. Aqui cabe realizar uma distinção importante sobre a diferença entre lapso e recaída:

o lapso é um retorno momentâneo ao hábito anterior com uma encruzilhada: um caminho retorna definitivamente ao nível do problema (recaída total) e o outro vai em direção da mudança positiva, como veremos no modelo cognitivo-comportamental da recaída. A recaída é um lapso mais demorado, mas também considerada transitória: uma série de eventos que pode ou não ser seguida de um retorno à abstinência (JUNGERMAN, 2007, p. 191).

Na Prevenção de Recaídas, o terapeuta auxilia o paciente a se responsabilizar por seus atos. O terapeuta é um guia que oferece instrumentos para que o paciente possa, num curto espaço de tempo, se autogerenciar.

Os principais alicerces da Prevenção de Recaídas são:

1. *Conscientização do Problema*: para mudar, a pessoa precisa reconhecer que o comportamento aditivo representa um problema para sua vida. A Prevenção de Recaída visa a estimular o paciente a perceber como o uso pode afetar negativamente seus relacionamentos e suas atividades. Geralmente, utiliza-se a atividade da Balança Decisiva, na qual o terapeuta auxilia o paciente a pesar as vantagens e desvantagens de usar a substância.
2. *Treinamento de Habilidades*: uma vez reconhecido o problema, a Prevenção de Recaída trabalha com estratégias para lidar com as situações de risco frente à substância. Faz-se uma avaliação das capacidades do indivíduo e, aquelas que necessitam ser melhoradas, são então trabalhadas. “No espaço da sessão, a pessoa pensa em alternativas para lidar com as situações de risco e treina, muitas vezes até mediante dramatização como será na prática” (JUNGERMAN, 2007, p.192).
3. *Mudança nos hábitos de vida*: o paciente é convidado a pensar na sua rotina de vida quando fazia uso frequente da substância e imaginar o dia ideal, sem o uso. A proposta é que, uma vez a pessoa parando de usar drogas ou álcool, ela tenha um tempo livre no dia e possa ocupá-lo de forma balanceada, entre querer (hobbies) e dever (uma profissão, por exemplo). A pessoa pode pensar em substituir as “adições” negativas pelas positivas (por exemplo, esporte).

UMA PROPOSTA DE TRABALHO COM PARTICIPANTES DO CAPS AD

Destaca-se que, no presente trabalho, busca-se apresentar uma proposta de trabalho em grupo com usuários de substâncias psicoativas, assim, será apenas apresentado o programa elaborado, sem resultados do mesmo, uma vez que o mesmo ainda não foi implementado.

A partir da revisão de literatura, foi elaborada uma proposta de trabalho, no formato de grupo de prevenção de recaídas, para ser desenvolvido no CAPS ad, em Santa Maria. Os usuários do CAPS ad (intensivos, semi-intensivos e não-intensivos) constituem o público-alvo deste grupo, visto que já foram diagnosticados como dependentes químicos. Para que o usuário possa integrar o grupo, este deve ter apresentado um episódio de uso e/ou abuso de álcool ou drogas nos últimos trinta dias, ser alfabetizado e ter capacidade cognitiva para a realização das tarefas propostas no decorrer dos encontros, além de apresentar a disposição para participação voluntária no trabalho proposto. Recomenda-se que os grupos de trabalhos apresentem entre 8 a 12 integrantes.

O grupo será reunido duas vezes por semana, com duração aproximada de uma hora cada sessão, num total de dezesseis encontros. Cabe destacar que será realizada uma reunião inicial com todos os usuários intensivos que frequentavam o CAPS ad, no período no qual foi elaborado essa proposta, para apresentar a proposta de trabalho aos mesmos e verificar a sua disposição para a participação ou não na mesma. Nessa reunião, serão abordados os objetivos deste trabalho em grupo, os critérios de inclusão e exclusão de participantes, o número de encontros propostos e a metodologia de trabalho participativa; nesse sentido, será ressaltada a importância do comprometimento de cada participante para com o funcionamento do grupo e com a prevenção e promoção de sua própria saúde.

Após a primeira reunião, com todos os usuários intensivos, será realizado um segundo encontro somente com os interessados em participar do grupo. Nesse encontro, a proposta e os objetivos da prevenção de recaídas, mais especificamente, serão apresentados de forma mais detalhada e os integrantes receberão uma “agenda de atividades”, contendo as datas e horários dos encontros.

Num terceiro encontro, os usuários responderão um questionário criado pelos coordenadores do grupo, buscando informações sobre o andamento do tratamento, as últimas recaídas, os níveis de satisfação e o sentimento de autoeficácia dos participantes. Cabe destacar que o mesmo procedimento será adotado no último encontro com o objetivo de averiguar possíveis benefícios obtidos com a realização do grupo e possibilitar um momento de avaliação crítica do trabalho desenvolvido. Do quarto ao décimo quinto encontro, acontecerão as sessões terapêuticas propriamente ditas, nessas, o terapeuta irá desenvolver diferentes técnicas que visam à identificação de fatores de risco e proteção para a manutenção da abstinência do uso de substâncias.

No decorrer das sessões, o terapeuta usará os primeiros minutos de cada sessão para revisar os tópicos a serem discutidos naquela sessão. Nesse momento,

ele convida os participantes a apresentarem seus próprios itens da agenda para a consideração de inclusão ou não na agenda de trabalho daquele dia. O terapeuta então promove uma breve discussão sobre quanto tempo o grupo deseja dedicar a cada um dos itens da agenda daquele dia, lembrando que também há uma programação de atividades presente, já pré-agendada, que constitui parte do programa de grupo de intervenção proposto.

Após o estabelecimento da agenda, a primeira atividade a ser desenvolvida é *sempre* revisar e discutir as experiências dos participantes ao realizar as tarefas de casa propostas na semana anterior. Em geral, a constituição da agenda e a revisão da tarefa de casa não devem tomar mais de 15 minutos da atividade do grupo. As tarefas de casa consistem em uma série de atividades, programadas pelo terapeuta, que visam possibilitar ao paciente o trabalho terapêutico entre as sessões do grupo. Já na primeira sessão, o terapeuta enfatiza a sua importância para o sucesso do tratamento, pois a mesma possibilita ao paciente aumentar o tempo de trabalho com fatores promotores de saúde, assim é de fundamental importância que o participante compreenda seu objetivo. No momento da revisão da tarefa de casa, são avaliados os sucessos e as dificuldades encontradas pelos participantes no desenvolvimento ou tentativa de realizar a mesma. Essa medida visa aumentar a efetividade do tratamento, pois permite um acompanhamento, sessão a sessão, da participação dos integrantes do grupo. Além disso, essa atividade proporciona aos integrantes um senso de continuidade no trabalho, uma vez que são resgatados os aspectos desenvolvidos nas sessões passadas (que motivaram a proposição da tarefa de casa) e, na medida do possível, é estabelecido uma associação com as atividades de trabalho propostas a serem desenvolvidas naquela e em futuras sessões (agenda do programa).

Geralmente, como as sessões apresentam a duração de, aproximadamente, 60 minutos, ficam reservados 30 minutos para a discussão do tópico do dia. É importante que seja reservado um tempo suficiente para uma apresentação, razoavelmente, minuciosa do tópico do dia. O terapeuta apresenta o tópico e, após a discussão do mesmo, deve buscar sugerir a realização de uma nova tarefa de casa para ser desenvolvida durante a semana. Essa tarefa encontra-se relacionada aos tópicos discutidos durante a sessão, e busca-se estabelecer a relação da mesma com o sucesso do tratamento, ou seja, seus objetivos e importância para o tratamento. Ao apresentar a nova tarefa, o terapeuta convida os participantes a discutirem sobre a sua exequibilidade (facilidades e obstáculos para a realização da mesma). Nesse procedimento, visa-se identificar possíveis problemas e gerar algumas soluções, ou seja, sugestões para o contorno dessas dificuldades inicialmente previstas.

De maneira geral, a sessão acaba com o terapeuta solicitando um *feedback* aos participantes do trabalho realizado naquele dia. O terapeuta busca apreender

a percepção dos integrantes do grupo sobre o trabalho, observando o quanto eles consideraram útil ou não o trabalho desenvolvido. Assim, se houve algo que lhes incomodou ou gerou desconforto que possa vir atrapalhar no trabalho ou na relação terapêutica, o facilitador deve tomar medidas para buscar resolver esses problemas.

É importante ressaltar que essa é uma primeira experiência a ser coordenada por um estagiário de Psicologia, acompanhado pela psicóloga do CAPS e por uma supervisora acadêmica, podendo ser, posteriormente, constituído como um grupo definitivo do serviço.

AGENDA DE ATIVIDADES

A seguir será apresentada a sequência das sessões, com seus respectivos resumos em termos de objetivos e atividades propostas. Após as duas primeiras sessões, que podem ser consideradas o momento do contrato, se desenvolve o trabalho propriamente dito.

Sessão 1: Feedback motivacional individual

Nessa sessão, o foco recai na exploração dos prós e contras de alterar o comportamento de uso de substâncias. O objetivo é avaliar a motivação e encorajar os membros a desenvolverem sua própria estrutura motivacional para a mudança de comportamento. Duas atividades são propostas nesse momento: a autobiografia e a balança decisional. Na autobiografia, espera-se que a pessoa descreva, brevemente, eventos de vida importantes e seus comportamentos associados ao uso de substâncias. Além disso, solicita-se a percepção de si próprio como um ex-usuário de substâncias. Busca-se avaliar comportamentos atuais que sejam discrepantes com esta imagem ideal. A ideia é provocar no indivíduo uma consciência sobre a necessidade de mudança e avaliar os comportamentos disfuncionais do mesmo, que poderão facilitar a recaída. A atividade da balança decisional visa avaliar as vantagens e desvantagens que o paciente percebe ao utilizar a substância. Sabe-se que a utilização de substâncias é mantida por reforçadores positivos imediatos (prazer obtido com o uso da droga, ou alívio do desprazer), contudo, uma série de desvantagens e comportamentos disfuncionais também se encontram presentes no uso da substância. A ideia, nesse momento, é tornar mais claro para o paciente quais são esses comportamentos e desvantagens que o uso da substância provoca em sua vida. Essa reflexão possibilita ao paciente perceber que, em geral, os benefícios do uso da substância são passageiros, enquanto as desvantagens na utilização são mais duradouras. Assim, a postergação

do prazer em dadas situações pode apresentar mais vantagens do que desvantagens. Além disso, pretende-se que o paciente se dê conta que há a possibilidade de uma vida saudável e prazerosa sem o uso da droga.

Sessão 2: Apresentação das situações de risco

O objetivo dessa sessão é auxiliar o paciente a identificar, com tantos detalhes quanto for possível, as situações nas quais ele fica mais vulnerável, em situação de risco para o uso da substância. Uma das atividades propostas é a da descrição da última recaída, identificando antecedentes e consequências do uso da substância. Solicita-se que o paciente preencha uma tabela que diz o que estava pensando, sentindo e fazendo antes, durante e depois do consumo.

Sessão 3: Manejo das situações de alto risco

Nessa sessão, novamente propõe-se a discussão sobre as situações de risco. O foco dessa sessão é que o paciente possa identificar que o risco pode estar associado tanto a determinantes internos (psicológicos – sentimentos de frustração, raiva, alegria) como a fatores externos (ambientais-ausência de habilidades para resolver alguma situação). Esses fatores geralmente ameaçam a percepção de controle (autoeficácia) do indivíduo. A identificação e o esclarecimento sobre esses determinantes podem possibilitar a criação de estratégias de enfrentamento a essas situações, promovendo fatores de proteção ao indivíduo.

Sessão 4: Manejo dos impulsos e pensamentos sobre álcool/drogas

O foco dessa sessão é o desenvolvimento de estratégias para identificação precoce dos precursores do uso da substância e o planejamento de métodos para lidar com os impulsos e pensamentos. Assim, pretende-se conhecer o repertório comportamental dos pacientes, ampliando-o com estratégias mais funcionais. A ideia, nessa sessão, é conhecer como os impulsos e fissuras se desenvolvem, e como o paciente, não respondendo da maneira usual aos mesmos (utilizando a substância), podem ceder.

Sessão 5: Manejo do lapso e/ou recaída

Nessa sessão, procura-se estabelecer uma diferenciação entre lapso e recaída, com o intuito de começar a pensar e desenvolver estratégias de enfrentamento para as situações de risco. Além disso, busca-se evitar as consequências negativas do Efeito da Violação da Abstinência. Crenças sobre a capacidade de ficar ou não abstinente são trabalhadas nesse encontro.

Sessão 6: Habilidades de iniciar conversações

O foco é o desenvolvimento da habilidade de estabelecer contatos casuais ou íntimos com outras pessoas. Sabe-se que usuários de álcool e drogas, geralmente, têm dificuldades em se socializar, em estabelecer relações positivas, o que pode ser prejudicial ao tratamento. O objetivo é que o paciente aprenda novas estratégias e amplie o seu repertório comportamental, assim não necessitará recorrer a substância para quebrar o gelo, em uma situação social.

Sessão 7: Habilidade de fazer críticas

Tem como objetivo desenvolver estratégias de comportamentos assertivos no paciente. Observa-se que muitos usuários de substância não têm habilidade em expressar as suas opiniões, quando o fazem, sentimentos de raiva e frustração se encontram presentes e, geralmente, isso ocorre de maneira disfuncional; assim, ensinar o paciente a fazer críticas pode aumentar o seu senso de autoeficácia.

Sessão 8: Habilidade de receber críticas

O principal objetivo, ao se receber críticas destrutivas ou construtivas, é prevenir o surgimento do conflito e de brigas. A avaliação das crenças e dos sentimentos de autoeficácia e autoestima dos pacientes devem ser trabalhados. Trabalha-se com a noção de que sempre é possível que um comportamento ou uma interpretação alternativa possa emergir da situação. Assim, mudar as respostas automáticas às críticas ou mesmo a natureza da crítica, pode auxiliar o paciente e as outras pessoas que o cercam a se comunicarem de maneira mais efetiva.

Sessão 9: Habilidade de recusar bebidas/drogas

Pensar em situações nas quais outras pessoas oferecem bebidas/drogas, com o objetivo de identificar formas de recusar essa oferta, evitando um lapso e/ou recaída. Da sessão 6 à sessão 9, a leitura de cartões de enfrentamento e encenações consistem as principais atividades desenvolvidas no trabalho em grupo.

Sessão 10: Manejo da raiva

Nessa sessão, possibilita-se a identificação de situações nas quais o sentimento de raiva vem a tona e pensar em estratégias de manejo das reações de raiva. Técnicas de relaxamento, leitura de cartão de enfrentamento e encenações são atividades fundamentais para o manejo da raiva.

Sessão 11: Aumento de atividades agradáveis

Nessa sessão, os pacientes são auxiliados a começar a identificar e cada vez mais se envolver em atividades agradáveis, que possam oferecer um substituto prazeroso para o uso da substância. Há, então, um processo de estimular o compromisso dos membros para que comecem a se envolver nessas atividades prazerosas de forma planejada durante o restante do tratamento.

Sessão 12: Desenvolvimento de redes de apoio

Nossa sessão, tem-se como objetivo pensar em estratégias que objetivam reconstituir velhas amizades não focadas em drogas. Busca-se ampliar a rede social do paciente, especialmente com não-usuários de drogas. Além disso, reparar relações familiares prejudicadas, participar de outros grupos e atividades fora do CAPS ad e estabelecer relacionamentos novos e saudáveis são estimulados neste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos estudos demonstraram que as técnicas de Prevenção de Recaídas reduzem a intensidade do episódio da recaída, quando comparado com o não-tratamento ou com outras técnicas ativas, como autoajuda ou terapia interpessoal (DAVIS; GLAROS, 1986). Além disso, muitos estudos identificaram efeitos duradouros na prevenção de recaídas, sugerindo que essa abordagem pode oferecer uma melhora continuada, ao longo do tempo, ao passo que outras técnicas apresentam efeitos a curto prazo apenas (CARROLL et al., 1991).

Esses estudos apontam uma curva de aprendizado, em que mudanças nas habilidades de enfrentamento levam a uma diminuição na probabilidade de recair. Marlatt e Witkiewitz (2005) utilizam uma metáfora para explicar esse processo; os autores lembram que uma pessoa que começa a andar de bicicleta ou esquiar, nas primeiras tentativas tende a cair mais, à medida que vai treinando, pode cair algumas vezes, contudo, as chances de errar diminuem e a pessoa adquire a habilidade naquela atividade, aumentando a sua eficácia ao resolvê-la.

A Prevenção de Recaídas, portanto, é uma abordagem inerentemente respeitosa e colaborativa que fomenta a autoeficácia do paciente. Em virtude de seu foco em habilidades, a Teoria Cognitivo-comportamental grupal é ideal para pessoas que carecem de habilidades específicas de manejo tanto na relação direta com o uso da droga quanto com o ato de lidar com as circunstâncias de vida que podem desencadear o uso de substâncias. Essa abordagem é flexível, passível de planejamento de acordo com as necessidades individuais, mesmo em formato grupal.

Além de todos esses aspectos positivos, pretende-se elaborar pesquisas que possam contribuir com a eficácia do tratamento oferecido pelo CAPS ad e produzir um artigo, divulgando os resultados decorrentes da implantação do grupo de prevenção de recaídas. A apropriação dos conhecimentos e da prática das técnicas da prevenção de recaídas possibilita ao CAPS ad uma nova forma de intervenção no tratamento da dependência química, oportunizando, aos usuários do serviço, o aprendizado de habilidades fundamentais para enfrentar as temidas situações de risco e as diversas situações presentes na vida de todos, aumentando sua autoeficácia e contribuindo com uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BANDURA, A. **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.

BECK, A. T. et al. **Cognitive therapy of substance abuse**. New York: Guilford Press, 1993.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARROLL, K. M.; ROUNSAVILLE, B. J.; GAWIN, F. H. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. **Am. J. Drug Alcohol Abuse**, v.17, n.3, p. 229-247, 1991.

DAVIS, J. R.; GLAROS, A. G. Relapse prevention and smoking cessation. **Addictive Behaviors**, v.11, n. 2, p.105-114, 1986.

DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In: MILLER, W. R.; HEATHER, N. (Eds.). **Treating addictive behaviors**. New York: Plenum Press, 1998.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

JUNGERMAN, F. S. Prevenção de Recaída. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. F.; LARANJEIRA, Ronaldo. **Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.

MARLATT, G. A. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____ ; WITKIEWITZ, K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. (Eds.). **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York/London: Guilford, 2005.

ROLLNICK, S.; MASON, P.; BUTLER, C. **Health behavior change: a guide for practitioners**. New York: Churchill Livingstone, 1999.

ROTGERS, F.; NGUYEN, T. A. Abuso de Substâncias. In: BIELING, P. J.; McCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos**. Porto Alegre Artmed, 2008.