

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ÉRICA APARECIDA SCHEFER DE ALMEIDA**

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS/CAPS AD: UM ESTUDO  
EXPLORATÓRIO**

**Juiz de Fora**

**2019**

**ÉRICA APARECIDA SCHEFER DE ALMEIDA**

**A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS/CAPS AD: UM ESTUDO  
EXPLORATÓRIO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Érica A. Schefer de Almeida. Área de concentração Processos Psicossociais em Saúde

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Laisa Marcorela Andreoli Sartes

**Juiz de Fora**

**2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Almeida, Erica Aparecida Schefer de.

A Terapia Cognitivo-comportamental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPS ad: um estudo exploratório / Erica Aparecida Schefer de Almeida. -- 2019.

133 p.

Orientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.


1. Centros de Atenção Psicossocial. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Terapia Cognitiva. 4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. I. Sartes, Laisa Marcorela Andreoli , orient. II. Título.

ÉRICA APARECIDA SCHEFER DE ALMEIDA

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS/CAPS AD:  
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

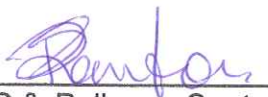
Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
como requisito parcial à obtenção do grau  
de Mestra em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em 25 de fevereiro de 2019.



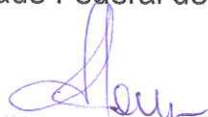
---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laisa Marconela Andreoli Sartes  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Pollyana Santos da Silveira  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Dr<sup>ª</sup>. Isabel Cristina Weiss de Souza  
Espaço Terapêutico Isabel Weiss/Juiz de Fora - MG

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico este trabalho

Aos usuários e amigos do CAPS I de Matias Barbosa, fonte de motivação para este trabalho.

Aos psicólogos e coordenadores dos CAPS ad participantes, pela colaboração com minha  
pesquisa.

Aos meus pais, que sempre incentivaram e priorizaram minha formação.

Ao Marcelo, pelo apoio e cooperação em diversos momentos do mestrado.

À minha irmã Bianca, pelo companheirismo e incentivo.

À minha orientadora Laisa, pela grande oportunidade de aprendizado, pela atenção e estímulo  
constante.

À minha psicoterapeuta, pela escuta e orientações valiosas.

Às amigas conquistadas nesta trajetória, Luana e Luane, pela parceria, suporte e apoio.

À Deus, por ter me concedido determinação e persistência necessárias a essa conquista.

## RESUMO

**Introdução:** Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) são serviços destinados ao tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As Terapias cognitivo-comportamentais representam abordagens de tratamento para dependência de drogas que têm extensa pesquisa científica, com resultados verificados em múltiplas metanálises e revisões sistemáticas. Os sistemas de saúde em todo mundo têm se esforçado para melhorar a relação custo-benefício dos tratamentos de saúde mental, procurando identificar e implementar “práticas baseadas em evidências”. Apesar do reconhecimento da eficácia das terapias cognitivo-comportamentais, existem poucos estudos relatam seu emprego em CAPS ad. **Objetivos:** Os objetivos deste trabalho envolveram dois estudos: 1) Desenvolver uma revisão de literatura sobre o emprego de abordagens cognitivo e/ou comportamentais para tratamento da dependência de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad); 2) Realizar uma pesquisa descritiva de caráter exploratório a fim de conhecer a percepção sobre o uso e a inserção de estratégias cognitivo-comportamentais por psicólogos que atuam em CAPS ad, fazendo uso dessas abordagens. **Método:** No primeiro estudo, foi realizada uma revisão integrativa incluindo 28 artigos que tratavam de uso de terapias cognitivo-comportamentais em CAPS ad, bem como artigos de revisão a respeito de resultados encontrados sobre tratamento para dependência de álcool e outras drogas, utilizando estas abordagens. No segundo estudo foram entrevistados dezesseis psicólogos que atuam em CAPS ad dos Estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais que relataram empregar terapias cognitivas e/ou comportamentais no tratamento de dependência de álcool e outras drogas. A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), com definição de categorias de análise posteriormente à exploração do material. **Resultados:** os participantes relataram desempenhar diversos papéis em sua prática clínica, o que é somado aos desafios

referentes à falta de infra-estrutura da instituição, falta de investimento em capacitação e grande demanda de atendimento em tempo reduzido. No campo dos estudos e discussões presentes no CAPS ad, carece de capacitações a respeito de ferramentas para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas e as práticas são direcionados basicamente pela política de saúde mental e pela Redução de Danos. A psicanálise continua se apresentando com uma referência, apesar de não apresentar evidências disponíveis de seus resultados. Apesar das estratégias cognitivo-comportamentais serem reconhecidas como intervenções baseadas em evidências e possuírem várias vantagens importantes para a saúde pública, persistem obstáculos para a adoção destas ferramentas como referência para tratamento da dependência de substâncias psicoativas nos serviços de saúde mental no Brasil.

**Palavras-chave:** Centros de Atenção Psicossocial, serviços de saúde mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias, Terapia Cognitiva

## ABSTRACT

**Introduction:** CAPS ad (alcohol/drugs) aims to treat people with alcohol and drugs abuse. Cognitive Behavioral Therapies represent treatment approaches for drug dependence that have extensive scientific research, with results verified in multiple meta-analyzes and systematic reviews. Health systems around the world have been struggling to improve the cost-effectiveness of mental health care by seeking to identify and implement "evidence-based practices." Despite recognition of the efficacy of cognitive-behavioral therapies, there are few studies reporting their use in CAPS ad. **Objectives:** To perform two articles: 1) A review of literature on the use of cognitive and/or behavioral approaches to the treatment of alcohol and other drug addiction in CAPS ad; 2) Perform a descriptive exploratory research in order to know the perception about the use and insertion of cognitive-behavioral strategies by psychologists who work in CAPS ad, using these approaches. **Methods:** In the first study, an integrative review was performed including 28 articles that dealt with the use of cognitive-behavioral therapies in CAPS ad, as well as articles reviewing the results on treatment for alcohol dependence and other drugs using these approaches. In the second study, we interviewed sixteen psychologists working in CAPS ad in Rio de Janeiro and Minas Gerais states who reported using cognitive and/or behavioral therapies in the treatment of alcohol and other drug addiction. Data analysis was performed through thematic content analysis, with definition of analysis categories after the exploration of the material. **Results:** the participants reported playing a variety of roles in their clinical practice, coupled with challenges related to the lack of infrastructure of the institution, lack of investment in capacity building, and a high demand for short-term care. In the field of studies and discussions present in the CAPS ad, it lacks capacities regarding tools for the treatment of alcohol and other drug dependence and practices are basically directed by the policy of mental health and Harm Reduction. Psychoanalysis



continues to present itself with a reference, although it does not present available evidence of its results. Although cognitive-behavioral strategies are recognized as evidence-based interventions and have several important public health advantages, there are still obstacles to the adoption of these tools as a reference for the treatment of psychoactive substance dependence in mental health services in Brazil.

**Key words:** psychosocial care center, mental health services, substance-related disorders, cognitive therapy.

## SUMÁRIO

<b>Lista de tabelas .....</b>	<b>11</b>
<b>Lista de anexos .....</b>	<b>12</b>
<b>Lista de siglas .....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Objetivos gerais .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>22</b>
<b>3 ESTUDO 1 - A Terapia Cognitivo-comportamental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: revisão integrativa de literatura .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Resumo .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Abstract .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Introdução .....</b>	<b>25</b>
<b>3.4 Método .....</b>	<b>29</b>
<b>3.5 Resultados.....</b>	<b>31</b>
<i>3.5.1 Teorias e técnicas comportamentais aplicadas à dependência de álcool e         outras drogas .....</i>	<i>33</i>
<i>3.5.2 A Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência de álcool e         outras drogas .....</i>	<i>37</i>
<i>3.5.3 Modelo de Prevenção de recaídas e Prevenção de Recaída Baseada em         Mindfulness .....</i>	<i>41</i>
<i>3.5.4 Entrevista Motivacional .....</i>	<i>42</i>
<i>3.5.5 Aplicação de Abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS ad         .....</i>	<i>43</i>
<b>3.6 Discussão .....</b>	<b>48</b>
<b>3.7 Considerações .....</b>	<b>52</b>
<b>3.8 Referências .....</b>	<b>54</b>
<b>4 ESTUDO 2 - A Terapia Cognitivo Comportamental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPS ad: um estudo exploratório .....</b>	<b>65</b>
<b>4.1 Resumo .....</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Abstract .....</b>	<b>66</b>
<b>4.3 Introdução .....</b>	<b>67</b>
<b>4.4 Objetivos .....</b>	<b>70</b>
<i>4.4.1 Objetivo geral .....</i>	<i>70</i>

4.4.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	71
<b>4.5 Metodologia</b> .....	71
4.5.1 <i>Participantes</i> .....	71
4.5.2 <i>Instrumentos</i> .....	72
4.5.3 <i>Procedimentos</i> .....	73
<b>4.6 Análise de dados</b> .....	74
<b>4.7 Resultados e discussão</b> .....	75
4.7.1 <i>Perfil dos psicólogos participantes</i> .....	75
4.7.2 <i>Estratégias cognitivas e/ou comportamentais empregadas no CAPS ad</i> .....	79
4.7.3 <i>A atuação do psicólogo no CAPS ad e o emprego de protocolos de tratamento</i> .....	83
4.7.4 <i>Atividades desenvolvidas no CAPS ad</i> .....	85
4.7.5 <i>As Estratégias cognitivo-comportamentais e a Redução de Danos</i> .....	87
4.7.6 <i>Resultados e limitações do emprego de abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS ad</i> .....	92
4.7.7 <i>A pluralidade de abordagens teóricas e o diálogo profissional no CAPS ad</i> .....	97
4.7.8 <i>Formação continuada para tratamento de dependência de substância psicoativas em CAPD ad</i> .....	102
<b>4.8 Considerações</b> .....	108
<b>4.9 Referências</b> .....	110
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	118
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	120

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> – <i>Análise bibliométrica</i> .....	30
<b>Tabela 2</b> – <i>Estratégias cognitivo-comportamentais</i> .....	33
<b>Tabela 3</b> – <i>Aplicação das estratégias cognitivo-comportamentais no CAPS ad</i> .....	44
<b>Tabela 4</b> - <i>Dados sociodemográficos dos entrevistados</i> .....	78

**LISTA DE ANEXOS**

<b>Anexo 1</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	122
<b>Anexo 2</b> – Roteiro de Entrevista – Estudo piloto .....	123
<b>Anexo 3</b> – Questionário sociodemográfico .....	124
<b>Anexo 4</b> - Roteiro de entrevistado modificado .....	125
<b>Anexo 5</b> - Quadro de categorização vertical .....	126

## LISTA DE SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Associação de Psiquiatria Americana)
ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (Terapia de Aceitação e Compromisso)
BCT	<i>Behavior Couples Therapy</i> (Terapia comportamental de casal)
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
CET	<i>Cue Exposure Therapy</i> (Terapia de exposição à estímulos)
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
CPTRA	Centro de Prevenção Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo
CRA	<i>Community Reinforcement Approach</i> (Tratamento por reforço comunitário)
EM	Entrevista Motivacional
FAP	<i>Functional Analytical therapy</i> (Terapia analítico-funcional)
MBRP	<i>Mindfulness Based Relapse Prevention</i> (Prevenção de Recaída baseada em Mindfulness)
MC	Manejo de contingências
MET	<i>Motivational Enhancement Therapy</i> (Terapia de aprimoramento motivacional)
NEPAD	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i> (Instituto Nacional sobre abuso de Álcool e Alcoolismo)
NIDA	<i>National Institute on drug abuse</i> (Instituto nacional sobre Abuso de Drogas)
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

PBE	Práticas Baseadas em Evidências
PR	Prevenção de Recaídas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de danos
RP	Reforma Psiquiátrica
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Terapia cognitiva
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
THS	Treino de habilidades sociais
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODOC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime)

## 1 INTRODUÇÃO

As questões investigadas neste estudo surgiram com a minha experiência em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas cidades de Juiz de Fora/MG, Matias Barbosa/MG e Levy Gasparian/RJ, como psicóloga na abordagem cognitivo-comportamental. Nestes serviços as equipes são capacitadas por meio de grupos de estudo, que ocorrem em reuniões semanais e também por meio de supervisões clínicas de psicanalistas com larga experiência de atuação em CAPS. A Psicanálise é o referencial teórico norteador das discussões e estudos, apesar de existirem alguns profissionais que têm outra linha de base como no meu caso.

O CAPS é o principal componente de uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, sendo um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de pessoas com sofrimento mental grave (neuroses e psicoses) e usuários de álcool e outras drogas. Estes dispositivos apresentam várias modalidades de tratamento, que variam conforme o número de habitantes do município, o perfil dos usuários e o período de funcionamento durante o dia (Ministério da Saúde, 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, evitando internações psiquiátricas e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Além disso, têm um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, fazendo o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2004).

A formação dos profissionais que participaram dos primeiros serviços propostos pela reforma psiquiátrica (RP), entre eles os CAPS, teve grande contribuição da psicanálise, o que justifica a predominância deste referencial nestes dispositivos e a extensa produção teórica na área da Saúde Mental sobre esse enfoque (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004). A inserção



das Terapias Cognitivas (TC) nos currículos das faculdades de Psicologia e na saúde pública no Brasil é recente, sobretudo nas cidades de interior (Rangé, Falcone & Sardinha, 2007).

As TCs começaram a surgir ao final dos anos 60, em parte como resultado de um movimento de insatisfação com os modelos estritamente comportamentais, que não reconheciam a importância dos processos cognitivos mediando o comportamento e também como uma rejeição aos modelos psicodinâmicos (Psicanálise) e ao questionamento de sua eficácia (Knapp & Beck, 2008; Kolling, Petry & Melo, 2011). Conforme Rangé, Falcone e Sardinha (2007), somente no final da década de 80 é que o movimento cognitivo-comportamental começou a aparecer no Rio de Janeiro e São Paulo, ganhou popularidade e se difundiu pelo Brasil, devido a provas de sua eficácia. Estes autores consideram que ocorre uma crescente expansão e aumento da popularidade das terapias cognitivas no Brasil.

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron Beck inicialmente como tratamento para depressão e posteriormente passou a ser aplicada em outros transtornos (Beck, 1982). É caracterizada como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. O modelo cognitivo parte da ideia de que as cognições, os comportamentos e os sentimentos de um sujeito são influenciados por percepções que ele tem de determinada situação. Entende-se então que é a forma como o indivíduo interpreta o evento que vai determinar o que ele sente (Beck, 1997).

Acompanhando usuários de álcool e outras drogas no CAPS I de Matia Barbosa, em um grupo no qual emprego ferramentas como Prevenção de Recaídas (PR), Entrevista Motivacional (EM) e Terapia cognitivo-comportamental (TCC), pude perceber resultados positivos como aumento da motivação para o tratamento, diminuição de episódios de recaídas e melhora de conflitos familiares. Vários estudos de revisão, meta-análises e ensaios clínicos randomizados a respeito do tratamento para dependência de substâncias psicoativas destacam

as estratégias cognitivo-comportamentais citadas como abordagens baseadas em evidência que têm ampla pesquisa científica a respeito de seus resultados para uma ampla gama de substâncias (Arias & Kranzler, 2008; Vieira, Juliani, Padoim & Terra, 2011; Roggi, Gama & Garcia; Ezard, Hodge & Dolan, 2015; Fischer et al., 2015; Jhanjee, 2014; Dutra et al., 2008; McGovern & Carroll, 2003; Rawson & Clark, 2017).

Os sistemas de saúde em todo mundo têm se esforçado para conter custos e melhorar a relação custo-benefício dos tratamentos de saúde mental, procurando identificar e implementar tratamentos eficazes e limitados pelo tempo, com ênfase nos resultados empíricos (Dobson & Dobson, 2011; Dobson & Scherrer, 2011). O conceito de “Práticas Baseadas em Evidências” (PBE) é uma tendência que tem ganhado adeptos em diversas áreas da saúde, impactando o planejamento e implementação de políticas e práticas para a abordagem de substâncias psicoativas (Bello, 2015).

Apesar do reconhecimento da eficácia das abordagens cognitivo-comportamentais no tratamento de diversos transtornos, principalmente na dependência de substâncias psicoativas, seu emprego na Saúde Mental no Brasil ainda é incipiente. A formação dos serviços para atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS (CAPS ad – álcool e outras drogas) se deu no bojo da implantação da rede substitutiva ao modelo manicomial, sendo inicialmente priorizada à assistência aos portadores de sofrimento mental grave (psicóticos).

OS CAPS foram criados por meio da Reforma Psiquiátrica (RP) que pode ser definida como “um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 1995). No Brasil, a RP surgiu no bojo da Reforma Sanitária, na década de 70, como um movimento de trabalhadores que buscavam uma transformação da assistência psiquiátrica, denunciando seu caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico (Vasconcellos, 2010).

A reforma possibilitou alterações importantes nos modelos assistenciais, como a desconstrução do modelo asilar e sua substituição por instituições extra-hospitalares como o CAPS, a valorização da inserção social e da cidadania dos usuários, o redimensionamento do conceito de doença mental, a defesa da interdisciplinariedade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas (Vasconcellos, 2010).

Todavia, o processo da RP ao focalizar os portadores de sofrimento mental grave (psicóticos, esquizofrênicos) entrou com atraso no debate sobre as políticas psicossociais voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, deixando seu tratamento à mercê de instituições da justiça, segurança pública e associações religiosas. Desse modo, não houve reconhecimento de que as especificidades dos CAPS ad requeriam tecnologias próprias e o enquadre clínico nestes serviços se baseou na empiria gerada pelos experimentos antimanicomiais e na perspectiva da “clínica do desejo” derivada da psicanálise lacaniana (Massanaro et al, 2013).

As primeiras legislações no Brasil referentes à questão das drogas tiveram como objetivo a repressão e o controle das drogas ilícitas e as intervenções de saúde eram voltadas apenas aos referidos como “infratores viciados” (Lei nº. 5.726, 1971), por meio de internações compulsórias em hospitais psiquiátricos. Posteriormente (Lei nº. 6.368, 1976) foram incluídos os demais dependentes de drogas ilícitas. Considerando a lacuna da rede extra-hospitalar especializada para atenção de usuários de álcool e outras drogas e a restrição do acesso ao sistema de saúde aos contribuintes previdenciários, as comunidades terapêuticas criadas no país na década de 70 tiveram grande expansão (Alves, 2009).

A partir do ano de 2000, ocorreram mudanças significativas na legislação brasileira sobre drogas. A Lei nº. 10.409/2002 definiu que o tratamento de usuários de drogas deveria ser de forma multiprofissional e foram feitas referências às ações de Redução de Danos (RD). Somente com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003 foi afirmada a responsabilidade do SUS em garantir atenção

especializada aos usuários de álcool e outras drogas, até então contemplada predominantemente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de autoajuda e de ajuda mútua (Alves, 2009).

Conforme a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003), a assistência a estes usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad, que deve desempenhar papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados (Ministério da Saúde, 2004).

O CAPS ad é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Tem como objetivo realizar acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Ministério da Saúde, 2011).

A prática do psicólogo na saúde pública e nos CAPS é diferenciada e não visa à reprodução do modelo de atuação clínica tradicional. Este contexto requer desenvolvimento de uma série de ações que ultrapassem os limites do “consultório”, ampliando as possibilidades de intervenções, promovendo o diálogo e a construção dos casos de forma interdisciplinar (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004; Massanaro, 2013). A respeito das intervenções cognitivas e comportamentais na saúde pública, Silva, Pereira e Aquino (2011) destacam que sua utilização ocorre mediante adaptações e aplicações criativas, procurando respeitar as possibilidades existentes e todas as características do contexto público, como: falta de recursos, número elevado da demanda, tempo das sessões.

O modelo cognitivo do uso de substâncias considera que certos indivíduos desenvolveram uma vulnerabilidade cognitiva ao abuso de drogas e que crenças e desejos relativos ao uso de drogas são normalmente ativados em circunstâncias de alto risco particulares e previsíveis (Beck, 1993). As estratégias cognitivas e/ou comportamentais podem ser combinadas ou usadas isoladamente e podem ainda ser empregadas em formato individual, em grupo ou por programas de internet (McHugh & Hearon, 2010; Carroll & Kiluk; Chebli, Blaszczynski e Gainsbury, 2016).

Considerando a necessidade de PBE no tratamento da dependência de substâncias psicoativas, bem como os resultados da eficiência e eficácia dos tratamentos de base cognitiva e seu crescimento nos serviços públicos, torna-se necessário investigar o uso de terapias cognitivas e/ou comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas nos CAPS ad, a fim de conhecer o trabalho de terapeutas cognitivo-comportamentais que atuam sobre esse viés, verificando os resultados e desafios encontrados.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivos gerais

*Estudo 1:* Desenvolver uma revisão de literatura integrativa sobre o emprego de abordagens cognitivo e/ou comportamentais para tratamento da dependência de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad).

*Estudo 2:* Conhecer a percepção sobre o uso e inserção de estratégias cognitivo-comportamentais por psicólogos que atuam nos CAPS ad, fazendo uso dessas abordagens.

### 2.2 Objetivos específicos

*Estudo 1:* Levantar publicações que tenham como tema “uso de terapias cognitivas e/ou comportamentais em CAPS ad no Brasil”, assim como publicações de resultados da aplicação dessas abordagens para tratamento da dependência de drogas no mundo.

*Estudo 2:*

- Investigar estratégias utilizadas, metas e modos de desenvolvimento do trabalho de base cognitiva ou comportamental no CAPS ad;
- Investigar a percepção dos profissionais acerca das contribuições das estratégias cognitivas e comportamentais para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas no contexto do CAPS ad;
- Verificar limites e desafios encontrados no uso de terapias cognitivas e comportamentais em CAPS ad, segundo a percepção dos entrevistados;
- Investigar a percepção dos participantes a respeito do diálogo com psicólogos e outros profissionais de abordagens teóricas diferentes no CAPS ad.

### 3 ESTUDO 1

#### **A Terapia Cognitivo-comportamental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: revisão integrativa de literatura**

##### **3.1 Resumo**

**Introdução:** O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) é um serviço específico para assistência às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Os sistemas de saúde em todo mundo têm procurado implementar tratamentos baseados em evidências como as estratégias cognitivo-comportamentais para tratamento de substâncias psicoativas. **Objetivo:** realizar uma revisão de literatura sobre o uso de abordagens cognitivo-comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas nos CAPS ad. **Método:** foi empregada uma revisão integrativa levantando publicações que tenham como tema “uso de terapias cognitivas e/ou comportamentais em CAPS ad no Brasil” e artigos de revisão sobre o “uso de estratégias cognitivas ou comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas”. Foram realizadas buscas com os descritores "*Centros de atenção psicossocial*" OR "*serviços de saúde mental*" AND "*terapia cognitiva*" OR "*terapia comportamental*" nas bases Bireme, periódicos CAPES e google acadêmico e com os descritores "*Mental Health Services*" AND "*Cognitive Therapy*" AND "*Behavior Therapy*" AND "*Substance-Related Disorders*" nas bases de dados Pubmed, Scopus e Psycinfo. Após análise das publicações, conforme os critérios de inclusão e exclusão foram totalizados 28 estudos. **Resultados:** foram encontradas cinco publicações relatando emprego de terapias cognitivas e comportamentais em CAPS ad. Foram incluídos ainda 23 artigos de revisão sobre resultados de tratamentos de base cognitivo-comportamental para tratamento de dependência de álcool e outras drogas. Todos os estudos que relataram aplicação de estratégias cognitivas

e/ou comportamentais em CAPS ad abordaram intervenções em grupo com abordagens como Terapia cognitivo-comportamental (TCC), Prevenção de Recaída (PR), Entrevista Motivacional (EM) e Treino de Habilidades Sociais (THS), coordenados por psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de nível superior. Vários estudos reconhecem a TCC, a PR e a EM, entre outras abordagens cognitivo-comportamentais, como intervenções baseadas em evidência científica para uma ampla gama de substâncias. **Discussão:** Apesar dos benefícios apresentados pelas abordagens cognitivo-comportamentais persistem obstáculos para transportar estes resultados para a prática nos serviços de saúde mental no Brasil. A falta da adoção de abordagens baseadas em evidência científica afeta negativamente a assistência prestada, o que pode impossibilitar uma efetiva reabilitação psicossocial dos usuários. É necessário avançar no desenvolvimento de instrumentos de políticas públicas que permitam a difusão destas estratégias nos CAPS ad, possibilitando alcance de maiores resultados e efetiva reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas.

**Palavras-chave:** centro de atenção psicossocial, serviços de saúde mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias, terapia cognitiva, terapia comportamental.

### 3.2 Abstract

**Introduction:** CAPS ad (alcohol/drugs) aims to treat people with alcohol and drugs abuse. Health systems around the world have sought to implement evidence-based treatments such as cognitive-behavioral strategies for treating psychoactive substances. **Objective:** to carry out a review of the literature on the use of cognitive-behavioral approaches to treatment of alcohol and other drug addiction in CAPS ad. **Method:** An integrative review was used to collect publications that have as their theme "use of cognitive and/or behavioral therapies in CAPS ad in Brazil" and review articles on the "use of cognitive or behavioral strategies for the treatment



of alcohol and other drug addiction". We conducted searches with the descriptors "Psychosocial care centers" OR "mental health services" AND "cognitive therapy" OR "behavioral therapy" in Bireme, CAPES journals and google acadêmico databases and with the descriptors "Mental Health Services" AND "Cognitive Therapy "AND" Behavior Therapy "AND" Substance-Related Disorders" in the Pubmed, Scopus and Psycinfo databases. After analysis of the publications, according to the inclusion and exclusion criteria, 28 studies were aggregated.

**Results:** Five publications were found reporting the use of cognitive and behavioral therapies in CAPS ad. Twenty-three review articles on outcomes of cognitive-behavioral treatments for addiction treatment of alcohol and other drugs were also included. All studies that reported application of cognitive and/or behavioral strategies in CAPS ad addressed group interventions with approaches such as Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Relapse Prevention (RP), Motivational Interviewing (MI), and Social Skills Training (SST), coordinated by psychologists, nurses or other professional level higher. Several studies recognize CBT, RP and MI, among other cognitive-behavioral approaches, such as evidence-based interventions for a wide range of substances. **Discussion:** Despite the benefits presented by cognitive-behavioral approaches, obstacles remain to transport these results to practice in mental health services in Brazil. The lack of adoption of scientific evidence-based approaches negatively affects the care provided, which may make it impossible to effectively rehabilitate the psychosocial users. It is necessary to move forward in the development of public policy instruments that allow the dissemination of these strategies in the CAPS ad, allowing the achievement of greater results and effective psychosocial rehabilitation of users of alcohol and other drugs.

**Keywords:** psychosocial care center, mental health services, substance use disorders, cognitive therapy

### 3.3 Introdução

Resultados apresentados pelo "II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, um estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País", realizado entre 2001 e 2005 pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – em parceria com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e a Secretaria Nacional sobre Drogas – SENAD, indicam que houve um aumento do consumo de todas as drogas na Região Sudeste entre 2001 e 2005 e aumento na prevalência de uso na vida de qualquer droga, que passou de 16,9% para 24,5%.

Este levantamento mostrou que o Álcool e o Tabaco são as drogas mais utilizadas pela população brasileira e que na Região Sudeste o consumo de Álcool teve um aumento de aproximadamente dez pontos percentuais. No que diz respeito à dependência destas duas drogas, também foi notado um ligeiro aumento entre 2001 e 2005. Além disso, um terço da população masculina de 12-17 anos, residente na Região Sudeste, declarou já ter sido submetido a tratamento para dependência de drogas. Ainda destacando essa região, o uso de Cocaína está acima da média brasileira e representa o maior valor encontrado em todas as regiões (Carlini, 2006).

O uso nocivo de substâncias psicoativas pode trazer relevantes danos sociais e à saúde, porém nem todas as pessoas que usam drogas têm problemas com seu uso, pois existem diferentes níveis de consumo que podem ou não caracterizar um uso problemático (Massanaro, 2013). Conforme o DSM-V, a dependência de substâncias é definida como um padrão mal-adaptativo do uso de substância, que leva a prejuízos em várias áreas da vida do indivíduo (social, ocupacional, escolar, etc.) e apresenta efeitos como tolerância e síndrome de abstinência, entre outros fatores (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas (2004) contempla que a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPS ad), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

Os CAPS são serviços substitutivos às instituições psiquiátricas, preconizados pela Reforma Psiquiátrica que tem como marco legal a Lei 10.216, que garante a reversão dos modelos assistenciais excludentes para uma rede de assistência humanizada que tem como ênfase a reabilitação e reinserção social dos seus usuários em dispositivos extra-hospitalares.

Outro marco importante que assegura o direito de assistência às pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é a portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção da rede de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Ministério da Saúde, 2011).

O CAPS ad é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Seu objetivo é o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Nesses serviços são desenvolvidas atividades como atendimento individual, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares,

atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração na comunidade (Ministério da Saúde, 2002).

No campo do tratamento da dependência de substâncias psicoativas, as abordagens cognitivo-comportamentais apresentam grande número de resultados de pesquisas demonstrando sua eficácia e estão entre as intervenções mais indicadas para tratamento destes problemas (National Institute on Drug Abuse, 2012). A TCC foi avaliada nos principais projetos de experimentos controlados e randomizados para estudos de tratamento de dependência de drogas, incluindo o Projeto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA), o Projeto MATCH e o Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA). Em todos estes projetos foi efetiva na redução do consumo de álcool e outras drogas e no apoio à melhoria dos demais aspectos da vida do usuário (McGovern & Carroll; 2003).

A base para o planejamento de políticas públicas é a transferência do conhecimento científico alcançado por meio de pesquisas. Conforme Bello (2015), há um consenso crescente de que a investigação científica pode contribuir de maneira significativa para o planejamento e implementação de políticas mais efetivas na abordagem do uso de substâncias psicoativas. O conceito de “Práticas Baseadas em Evidências” (PBE) é uma tendência que tem ganhado adeptos em diversas áreas da saúde, impactando o planejamento e implementação de políticas e práticas para a abordagem de substâncias psicoativas (Bello, 2015).

Conforme Dobson e Scherrer (2011), três proposições fundamentais são identificadas como estando no cerne das terapias cognitivo-comportamentais: a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e o comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva. A TCC teve seu surgimento a partir da terapia comportamental tradicional, a qual, por sua vez, se desenvolveu em reação ao behaviorismo radical, sendo distinguida de seus antecessores pela adoção da mediação da cognição. O behaviorismo radical é uma abordagem estritamente dedicada à

modificação de comportamentos. A denominação cognitivo-comportamental é aplicada onde a mediação cognitiva é um componente importante do plano de tratamento (Dobson & Scherrer, 2011).

As terapias cognitivas começaram a surgir no final dos anos 60, em parte como resultado de um movimento de insatisfação com os modelos estritamente comportamentais e de rejeição aos modelos psicanalíticos e questionamento de sua eficácia. No mesmo período em que ocorriam insatisfações com a abordagem estritamente comportamental e o modelo psicodinâmico, começou a surgir uma crescente atenção aos aspectos cognitivos do comportamento humano, tanto na psicologia geral, quanto na experimental. Diversos terapeutas e teóricos comportamentais resolveram então assumir a identificação cognitivo-comportamental (Rangé, Falcone & Sardinha 2007; Knapp & Beck, 2008).

As terapias cognitivas no Brasil têm suas origens no enfoque comportamental, ocorrendo em São Paulo, com a análise experimental do comportamento, e concomitantemente no Rio de Janeiro, como uma prática mais clínica denominada “condutoterapia”. Somente no final da década de 80 é que o movimento cognitivo-comportamental começou a aparecer no Rio de Janeiro e São Paulo, ganhou popularidade e se difundiu pelo Brasil, devido a provas de sua eficácia (Rangé, Falcone Sardinha & 2007). Silva, Pereira e Aquino (2011) consideram que as abordagens cognitivas e comportamentais têm se mostrado como uma ferramenta valiosa na saúde pública, por respaldar uma série de programas e intervenções que podem ser eficazes e adequadas à realidade com todas as suas particularidades como tempo reduzido e elevada demanda (Silva, Pereira & Aquino, 2011).

Considerando a necessidade de práticas baseadas em evidências no tratamento de substâncias psicoativas, bem como os resultados da eficiência e eficácia dos tratamentos de base cognitiva e/ou comportamental e seu crescimento nos serviços públicos, torna-se necessário investigar o uso de terapias cognitivas e/ou comportamentais para tratamento de

dependência de álcool e outras drogas nos serviços públicos no Brasil. Como os CAPS ad funcionam com os dispositivos destinados ao tratamento de dependência de álcool e outras drogas e que o conhecimento sobre o uso dessas abordagens nesses serviços é restrito, esse estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o uso de abordagens cognitivo-comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas nos CAPS ad.

### 3.4 Método

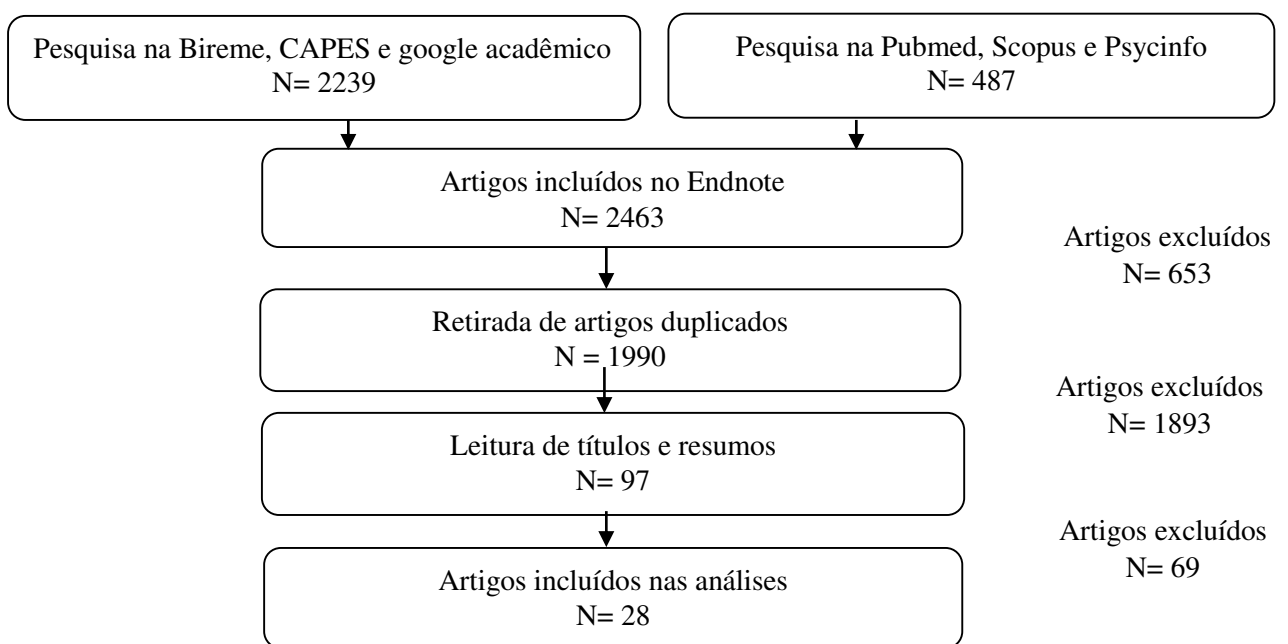
Com o objetivo de levantar publicações que tenham como tema “uso de terapias cognitivas e/ou comportamentais em CAPS no Brasil”, assim como publicações de resultados da aplicação dessas abordagens para tratamento da dependência de drogas no mundo, foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa. A revisão integrativa é uma metodologia mais ampla que permite a inclusão de métodos experimentais e não experimentais, combinando dados de literatura teórica e empírica, proporcionando uma síntese do conhecimento e incorporação de resultados de estudos significativos na prática (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico em novembro de 2017, com o objetivo de investigar publicações que relatem o uso de terapias cognitivas e comportamentais em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, sendo, portanto, restrito a bases brasileiras. Foi realizada uma busca na base de dados Bireme, com as combinações "*Centros de atenção psicossocial*" OR "*serviços de saúde mental*" AND "*terapia cognitiva*" OR "*terapia comportamental*", sendo encontrados 832 resultados.

Também foram realizadas pesquisas nas bases “Periódicos CAPES” e “Google acadêmico”, com os descritores "*centro de atenção psicossocial*" AND "*terapia cognitivo-*

*comportamental*" AND "*dependência de drogas*", sendo encontrados 1.407 artigos. Todos os artigos encontrados foram exportados diretamente para a ferramenta Endnote, à medida que foram sendo localizados nas bases. Não foi possível a exportação de todos os artigos da base Google Acadêmico, pois esta não possui a alternativa de exportação de todos os artigos, apenas de um a um. Neste caso, os artigos foram analisados por meio da leitura de títulos e resumos, incluindo aqueles que tenham como tema “uso de terapias cognitivas ou comportamentais em Centros de Atenção Psicossocial” ou “uso de estratégias cognitivas ou “uso de estratégias cognitivas ou comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas”.

**Tabela 1 – Análise bibliométrica**



Em seguida, foram realizadas buscas com a finalidade de levantar estudos que verifiquem resultados do uso de terapias cognitivas e comportamentais, no tratamento de dependência de álcool e outras drogas. Foram realizadas buscas utilizando os descritores Mesh "*Mental Health Services*" AND "*Cognitive Therapy*" AND "*Behavior Therapy*" AND "*Substance-Related Disorders*", nas bases de dados Pubmed, Scopus e Psycinfo, sendo

encontrados 224 resultados no total. Foram utilizados filtros restringindo as buscas aos idiomas português, inglês e espanhol e às pesquisas no formato de artigo, excluindo teses e outros tipos de publicações nesta busca. Também foi realizada uma pesquisa na base Pubmed com os descritores "*cognitive therapy*" OR "*behavior therapy*" AND "*substance-related disorders*" AND "*treatment outcome*", restringindo a pesquisa a apenas artigos de revisão, totalizando 263 artigos.

Todas as publicações encontradas nas diferentes bases de dados foram exportadas para o Endnote totalizando 2.463 estudos. Após a exclusão de duplicatas restaram 1.990 periódicos, que foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordem como tema “uso de terapias cognitivas ou comportamentais em Centros de Atenção Psicossocial” ou “uso de estratégias cognitivas ou comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas”. Foram excluídos artigos de idiomas diferentes dos citados e que não tratem de uso de terapias cognitivas ou comportamentais. Os artigos foram analisados por meio de leitura de títulos e resumos.

Após os artigos serem avaliados por estes critérios, foram reduzidos para 97 estudos que foram então analisados por meio de leitura de resumo ou artigo na íntegra, quando necessário. Foram mantidos somente artigos empíricos e dissertações, que tenham como tema o uso de terapias cognitivas e comportamentais em CAPS ad e artigos de revisão sobre resultados de intervenções cognitivas ou comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas, resultando 28 artigos.

### **3.5 Resultados**

Em relação aos artigos sobre tratamento com terapias cognitivas e comportamentais em CAPS ad, foram encontradas cinco publicações. Destes estudos, dois estavam no formato de



dissertação e os outros três no formato de artigo. Dois estudos apresentaram pesquisas qualitativas descritivas exploratórias, dois artigos descreveram relatos de intervenção e um artigo se tratou de um projeto de intervenção, sem apresentação de resultados. Duas publicações foram desenvolvidas por profissionais de enfermagem, duas por psicólogos e uma dissertação foi elaborada por um terapeuta ocupacional com especialização em Saúde Pública.

As estratégias cognitivo-comportamentais relatadas nos estudos foram Terapia Cognitivo-comportamental, Prevenção de recaídas, Treino de Habilidades Sociais e Entrevista Motivacional. As abordagens foram empregadas em grupos coordenados por psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de nível superior.

Os artigos que se tratavam de revisões de literatura sobre tratamentos cognitivos ou comportamentais de dependência de álcool e outras drogas (23 artigos) apresentaram os seguintes eixos temáticos: tratamentos baseados em evidências; Entrevista Motivacional/Terapia de Aprimoramento Motivacional; Manejo de Contingências; Prevenção de Recaídas; Treino de habilidades sociais; Terapia de exposição; Tratamento por reforço comunitário; Terapia comportamental de casal; Terapias baseadas em *Mindfulness* e Terapia cognitivo-comportamental pela internet. Entre estes artigos sete estavam escritos em português e 16 em língua inglesa.

Os resultados foram agrupados conforme as estratégias cognitivo-comportamentais mais citadas nos artigos, gerando as seguintes categorias: 1) Técnicas comportamentais aplicadas à dependência de álcool e outras drogas; 2) A Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência de álcool e outras drogas; 3) Modelo de Prevenção de Recaídas e Prevenção de Recaída Baseada em *Mindfulness*; 4) Entrevista Motivacional; 5) Aplicação das terapias cognitivo-comportamentais no CAPS ad.

**Tabela 2 – Estratégias cognitivo-comportamentais**

<b>Abordagem</b>	<b>Referências</b>	<b>Resultados</b>
<i>Tratamento de exposição à estímulos</i>	Jhanjee (2014); Roggi, Gama, Neves & Garcia (2015)	Redução do desejo de uso do álcool e da fissura em várias substâncias. No entanto a abstinência não se manteve ao longo do tempo.
<i>Manejo de Contingência</i>	McGovern & Carroll (2003); Dutra et al. (2008); García-Fernández et al. (2011); Jhanjee (2014); Fischer et al (2015); Roggi, Gama, Neves & Garcia (2015); David et al. (2016); Carrol & Kiluk (2017); Rawson & Clark (2017)	Promove aumento do período de abstinência, com manutenção de resultados a longo prazo, em uma ampla gama de substâncias. Não tem sido amplamente utilizado na prática clínica, devido aos altos custos percebidos em sua provisão.
<i>Tratamento por reforço comunitário</i>	Roggi, Gama, Neves & Garcia (2015)	Existem apenas evidências moderadas em relação ao impacto de tratamento com CRA sem outras abordagens adicionais.
<i>Terapia comportamental de casal</i>	McGovern & Carroll (2003); Ruff, McComb, & Sprenkle (2010); Rawson & Clark (2017)	Aumento do período de abstinência, melhora do relacionamento do casal e redução da violência doméstica. Limitações: falta de avaliação empírica considerando a influência de fatores externos e de condução dos mesmos em outros ambientes além de clínicas comunitárias.
<i>Terapia cognitivo-comportamental</i>	McGovern & Carroll (2003); Dutra et al. (2008); Sánchez et al. (2011); Jhanjee (2014); Fischer et al. (2015); Roggi, Gama, Neves & Garcia (2015); Carroll & Kiluk (2017); Ezard, Hodge & Dolan (2015); Rawson & Clark (2017)	Efetiva na redução do consumo de álcool e outras drogas e no apoio à melhoria dos demais aspectos da vida do usuário (social, familiar, trabalho, saúde, financeiro). Além disso, a TCC parece estar associada a efeitos duráveis que mostraram aumentar após o término do tratamento ativo.
<i>Prevenção de Recaída</i>	Dutra et al. (2008); Zgierska, Chawla, Kushner, Koehler & Marlatt (2009); Jhanjee (2014); Roggi, Gama, Neves & Garcia (2015); Carroll & Kiluk (2017)	Base de evidência considerável no tratamento de distúrbios de uso de substâncias, possibilitando melhora das habilidades necessárias para lidar com as situações de alto risco e diminuição dos episódios de recaída.
<i>Entrevista Motivacional</i>	McGovern & Carroll (2003); Apodaca & Longabaugh (2009); Sánchez et al. (2011); Roggi, Gama, Neves & Garcia (2015); Carroll & Kiluk (2017); Rawson & Clark (2017)	Melhora na aderência ao tratamento, redução do consumo e aumento do período de abstinência.

### 3.5.1. Teorias e técnicas comportamentais aplicadas à dependência de álcool e outras drogas

A Teoria comportamental se concentra em estratégias para modificação e melhora do estado motivacional, explorando comportamentos associados ao uso de drogas, com objetivo

de mudar o estilo de vida e os comportamentos de risco para uso de drogas (Silva & Serra, 2004). Conforme Miguel e Gaya (2013), a perspectiva comportamental para a dependência de substâncias psicoativas pode ser dividida em duas correntes teóricas: 1) focadas no *condicionamento clássico* ou respondente; 2) focadas no *condicionamento operante*.

O condicionamento clássico foi desenvolvido por Pavlov e demonstra a relação entre exposição de pacientes a determinadas situações, lugares, objetos e pessoas (estímulos) e a reação deles a estes sinais (resposta condicionada). Este processo está presente no desenvolvimento e manutenção da dependência de substâncias psicoativas e os tratamentos baseados nesta forma de condicionamento são focados na extinção das respostas condicionadas (Childress et al., 2013; Silva & Serra, 2004).

A técnica desenvolvida para promover tais procedimentos pode ser traduzida para o português como “tratamento por exposição a estímulos” (CET – *cue exposure treatment*). A CET envolve exposição controlada e repetida a estímulos condicionados, sem o uso da substância, com o objetivo de reduzir as respostas condicionadas da fissura pela extinção e habituação. Os indivíduos dependentes de álcool e outras drogas são expostos a gatilhos como a visão e o cheiro de uma bebida favorita, sem consumir álcool (Roggi et al., 2015).

Os estudos de Jhanjee (2014) verificaram que há evidências claras de reatividade às sugestões de álcool, incluindo o desejo por álcool e o autor considera a abordagem promissora. No entanto, pondera que esta área aguarda ensaios clínicos ou de custo-eficácia em larga escala. (Jhanjee, 2014). Roggi, Gama & Garcia (2015) apontaram o CET como uma abordagem eficaz na redução da fissura. Em seu estudo, foram observadas reduções significantes de *craving* em dependentes de álcool, anfetaminas, tabaco e opioides. No entanto, foram verificadas limitações na sua aplicação, uma vez que os resultados foram limitados na promoção da abstinência e não se mantiveram ao longo do tempo.

A teoria do Condicionamento Operante foi desenvolvida por Skinner que demonstrou que a manutenção de um comportamento se dá pela presença de um reforço. O reforço consiste em qualquer estímulo ou evento que aumente a probabilidade de ocorrência de um comportamento. Skinner ainda distingue dois reforçadores: o positivo e o negativo; o positivo como sendo aquele em que se apresenta um estímulo como consequência do comportamento e o negativo como sendo aquele em que se retira um estímulo como consequência de um comportamento.

De acordo com essa teoria, o indivíduo inicia o uso de substâncias estimulado pela expectativa de reforço do comportamento envolvendo o uso. A manutenção do comportamento de uso resulta das propriedades reforçadoras da substância para o indivíduo que fortalecem a expectativa de desfecho positivo, provocando uma retroalimentação que produz o aumento do uso. 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 (Rotgers & Nguyen, 2008).

Exemplos de tratamentos que envolvem condicionamento operante são a Terapia comportamental de casal, o Tratamento por reforço comunitário e o Manejo de Contingências (Miguel & Gaya, 2013).

O Manejo de Contingências (MC) ou terapia baseada em *vouchers* aplica os princípios do reforço positivo para o desempenho dos comportamentos consistentes com uma redução ou cessação do uso de drogas (Rawson & Clark, 2017). Esta abordagem de tratamento tem como objetivo incentivar o comportamento positivo das seguintes formas: 1) proporcionando reforço positivo quando o paciente progride em direção aos objetivos do tratamento; 2) retendo o reforço positivo (reforço negativo) e 3) fornecendo medidas punitivas quando o paciente se envolve em comportamentos indesejáveis. O reforço positivo para a mudança de

comportamento geralmente inclui *vouchers*, privilégios, prêmios ou incentivos financeiros modestos que são de valor para o paciente (Jhanjee, 2014).

Vários estudos (Mc Govern & Carroll, 2003; García-Fernández et al., 2011; Jhanjee, 2014; David et al., 2016; Rawson & Clark, 2017) relataram que o emprego de CM no tratamento de transtornos de uso de substâncias promove aumento do período de abstinência com manutenção de resultados a longo prazo, em uma ampla gama de substâncias. No entanto, a intervenção não tem sido amplamente utilizada na prática clínica, devido aos altos custos percebidos de provisão de tais intervenções (Mc Govern & Carroll, 2003; García-Fernández et al., 2011; Jhanjee, 2014; David et al., 2016; Rawson & Clark, 2017).

Miguel et al. (2016) conduziram em São Paulo o primeiro ensaio randomizado de CM no Brasil. Foi verificado que a combinação dessa abordagem com tratamento padrão para a dependência de cocaína/crack é eficaz para aumentar os resultados do tratamento, incentivar a retenção e promover a abstinência esporádica e contínua de cocaína.

O Tratamento por Reforço Comunitário (CRA – “*Community Reinforcement Approach*”) é uma abordagem biopsicossocial multifacetada, que tem como objetivo fazer mudanças no estilo de vida de abuso de substâncias. Ela reconhece o papel do ambiente no abuso habitual, e concentra-se em desenvolver recursos positivos alternativos no ambiente social do usuário. O CRA considera tanto a importância dos reforçadores que atuam sobre o comportamento de consumo, quanto a falta de outros reforçadores para a realização de atividades alternativas ao consumo.

Roizen e colaboradores (2004) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar eficácia do CRA no tratamento de álcool, cocaína e dependência de opiáceos. Foi considerado que existem apenas evidências moderadas em relação ao impacto de tratamento com CRA sem outras abordagens adicionais. Os autores recomendaram ensaios randomizados futuros com uma população amostral maior. Além disso, estudos futuros devem visar à

identificação de componentes efetivos presentes nos programas com CRA e medidas de acompanhamento da abordagem sem outras intervenções associadas.

Baseada nos princípios comportamentais, a Terapia Comportamental de Casal (BCT – *Behavior Couples Therapy*), sustenta que interações familiares disfuncionais produzem contingências que reforçam o consumo de álcool e outras substâncias. O'Farrell, Fals-Stewart e colegas desenvolveram a BCT a partir do reconhecimento de que o alcoolismo é um problema sistêmico, afetando o casal, relacionamentos, filhos, família, amigos e sociedade. Dois pressupostos fundamentais da BCT são que os parceiros podem recompensar a abstinência e que a redução de sofrimento conjugal diminui a probabilidade de abuso de substâncias e recaídas (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006).

Estudos de McGovern e Carroll (2003), Ruff, Coker e Sprenkle (2010) e Rawson & Clark (2017) constataam que a BCT para o tratamento de dependência de álcool e outras drogas apresenta vários resultados positivos, como aumento do período de abstinência, melhora do relacionamento do casal e redução da violência doméstica. Estes resultados foram encontrados tanto em pacientes homens quanto em mulheres. Foram verificadas limitações como falta de avaliação empírica considerando a influência de fatores externos e de condução destes em outros ambientes, além de clínicas comunitárias (McGovern & Carroll, 2003; Ruff, McComb, Coker & Sprenkle, 2010; Rawson & Clark, 2017).

### 3.5.2. *A Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência de álcool e outras drogas*

A TCC foi desenvolvida por Aaron Beck como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (Beck, 1964). O modelo cognitivo propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia os sentimentos e comportamentos) seja comum a

todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produz uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes (Beck, 1997).

Beck utiliza alguns conceitos referentes à estrutura organizacional do pensamento em seu modelo cognitivo, são eles: pensamentos automáticos e crenças centrais e intermediárias. Pensamentos automáticos são um fluxo de pensamentos que coexiste com um fluxo de pensamentos mais manifesto. As crenças centrais são as nossas ideias e conceitos mais enraizados e fundamentais sobre nós mesmos, as pessoas e o mundo. Estas crenças influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças que consiste em atitudes, regras e suposições. Diante de determinadas situações, as crenças predominantes (centrais e intermediárias) ativam pensamentos automáticos, que, por sua vez, provocam respostas emocionais, fisiológicas e de conduta (Beck, 1997).

Conforme o Modelo Cognitivo de Abuso de Substâncias de Beck (1993), certos indivíduos desenvolveram uma vulnerabilidade cognitiva ao abuso de drogas. Crenças e desejos relativos ao uso de drogas são normalmente ativados em circunstâncias de alto risco particulares e previsíveis, que podem ser internas ou externas. As circunstâncias internas incluem estado emocional desconfortável como depressão, ansiedade e tédio. Exemplos de circunstâncias externas podem ser uma festa onde drogas estão sendo usadas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

Existem quatro componentes principais para a conceitualização de caso do dependente de substâncias: 1) Dados relevantes da infância, 2) Crenças centrais disfuncionais; 3) Pressupostos subjacentes; e 4) Estratégias compensatórias. Um objetivo importante da TCC no abuso de substâncias é identificar e modificar as crenças disfuncionais relacionadas às drogas, substituindo-as por crenças mais adaptativas e funcionais. Para modificar essas crenças, o

terapeuta cognitivo deve ter uma compreensão precisa do seu papel na vida do paciente, realizando uma avaliação cuidadosa (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

Conforme Freire (2011), o tratamento da dependência de drogas com base cognitivo-comportamental compreende três fases. Na fase inicial são aplicadas intervenções comportamentais e motivacionais. A fase intermediária compreende psicoeducação quanto ao modelo cognitivo e quanto aos transtornos por uso de substâncias. Também incluem técnicas específicas de reestruturação cognitiva e mudança de hábitos. A consolidação deste aprendizado pode ser considerada a fase final do tratamento, com intervenções especificamente estruturadas para que o paciente desenvolva autonomia e a manutenção da abstinência deve ser monitorada.

Além da identificação e modificação de pensamentos e crenças disfuncionais, a TCC na dependência de drogas utiliza outras técnicas como questionamento socrático, “solução de problemas”, relaxamento, exposição gradual, dramatização, cartões de enfrentamento, manejo da fissura, treinamento de assertividade, treinamento de habilidades sociais, agendamento de atividades, tarefas de casa entre outras (Knapp, 2001).

Múltiplas meta-análises e revisões sistemáticas verificaram que a TCC é eficaz para tratamento da dependência de vários tipos de substâncias (Arias & Kranzler, 2008; Carroll & Onken, 2005; Dutra et al., 2008; Fischer et al., 2015; Jhanjee, 2014; Magill & Ray, 2009; McGovern & Carroll, 2003; Rawson & Clark, 2017; Roggi & Garcia, 2015).

Magill e Ray (2009) realizaram uma meta-análise examinando 53 experimentos controlados de tratamento cognitivo comportamental (TCC) para adultos diagnosticados com transtornos relacionados ao uso de álcool ou de drogas ilícitas, com o objetivo de fornecer um quadro geral a respeito da eficácia da TCC. Foi verificado que 79% dos pacientes que receberam tratamento com TCC apresentaram taxas de redução de uso de substâncias acima da média daqueles que se encontravam na lista de espera. Os autores observaram também que tratamentos



que combinem TCC com outra abordagem comportamental obtiveram tamanho de efeito maior do que tratamento com TCC associado a tratamento farmacológico ou TCC isoladamente. Além disso, não foi encontrada diferença em relação à eficácia da TCC quanto a seu formato individual ou em grupo (Magill & Ray, 2009).

McGovern e Carroll (2003), em sua revisão sobre tratamentos baseados em evidências para dependência de drogas, relataram que a TCC foi estudada nos principais projetos de experimentos controlados e randomizados para estudos de tratamento de dependência de drogas, incluindo o Projeto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA), o Projeto MATCH e o Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA). Em todos estes projetos a TCC foi efetiva na redução do consumo de álcool e outras drogas e no apoio à melhoria dos demais aspectos da vida do usuário (social, familiar, trabalho, saúde, financeiro). Além disso, a TCC parece estar associada a efeitos duráveis que mostraram aumentar após o término do tratamento ativo.

Conforme Jhanjee (2014), a TCC é frequentemente classificada como a abordagem mais eficaz para o tratamento de dependência de álcool e outras drogas, e é bem aceita pelos usuários. Existem evidências da eficácia da TCC para uma variedade de substâncias, incluindo álcool, cannabis, anfetaminas, cocaína, heroína e uso de drogas injetáveis. Além disso, os benefícios da TCC podem se estender além do período de tratamento e protegem contra recaídas ou recorrência após a conclusão do tratamento.

Um estudo recente de Carroll e Kilub (2017) analisa a evolução da TCC para tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias por meio de um modelo de estágios de desenvolvimento das terapias cognitivas e comportamentais. No terceiro estágio são avaliados os desafios encontrados na disseminação da TCC para a prática clínica generalizada. Barreiras gerais incluem a falta de programas de treinamento e certificação, custos do treinamento e falta de meios viáveis para avaliar e apoiar terapias baseadas em evidências (Carroll & Kilub, 2017).

### 3.5.3. Modelo de Prevenção de recaídas e Prevenção de Recaída Baseada em Mindfulness

O modelo de Prevenção de Recaídas (PR) foi desenvolvido por Marlatt e Gordon em 1985 e tem como base a psicologia social cognitiva associada a um modelo conceitual de recaída, e a um conjunto de estratégias cognitivo-comportamentais para prevenir os episódios de recaída. Um aspecto central do modelo é a classificação detalhada de fatores ou situações que podem contribuir para episódios de recaída. Em geral, estes fatores se concentram em duas categorias: 1) determinantes imediatos: situações de alto risco, habilidades de enfrentamento da pessoa, expectativas de resultado e efeitos da violação da abstinência; 2) determinantes encobertos: desequilíbrio no estilo de vida, desejo (impulso de consumir) e fissura (desejo subjetivo de experimentar os efeitos do consumo) (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999).

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 (Marlatt, 2009). Um programa de PR individual ou em grupo deve incluir identificação de situações de alto risco e desencadeantes de fissura, desenvolvimento de habilidades para gerenciar fissuras e outras emoções quando abstinente, aprender a lidar com lapsos e alcançar um equilíbrio no estilo de vida (Jhanjee, 2014).

Recentemente Alan Marlatt desenvolveu, juntamente com sua equipe, o programa Prevenção de Recaída Baseada em Mindfulness (MBRP – *Mindfulness Based Relapse Prevention*) que integra habilidades do modelo Prevenção de Recaída (RP) e treinamento em práticas de meditação *Mindfulness* (Boewn et al., 2009). A meditação *Mindfulness* empregada como um modelo científico e biomédico foi concebida por Kabat-Zinn no final dos anos 80, inspirado nas práticas orientais do budismo. Kabat-Zinn define Mindfulness como “a consciência que surge ao prestar atenção em um propósito, no momento presente, sem julgamento” (Kabat-Zinn, 2011). O MBRP é um programa ambulatorial adjunto ao tratamento

de dependência química que foi projetado para ajudar os clientes a aumentarem a consciência sobre os gatilhos, experiências físicas, emocionais e cognitivas, aprendendo a responder habilmente, ao invés de reagir automaticamente (Boewn et al., 2009).

Vários estudos (Davis & Glaros, 1985; Irvin, et al., 1999; Dutra et al., 2008; Jhanjee, 2014) apontam que o modelo de Prevenção de Recaídas e a Prevenção de Recaídas Baseada em Mindfulness têm uma base de evidência considerável no tratamento de distúrbios de uso de substâncias, possibilitando melhora das habilidades necessárias para lidar com as situações de alto risco e diminuição dos episódios de recaída. Além disso, a associação com Mindfulness fortalece a capacidade de monitorar e lidar habilmente com os desconfortos associados a fissura ou afetos negativos, possibilitando manutenção de resultados a longo prazo (Bowen et al., 2014; Chiesa & Serretti, 2014; Li; Howard; Garland; Mc Govern & Lazar, 2017; Garland & Howard, 2018; Sancho et al., 2018).

#### 3.5.4. *Entrevista Motivacional*

A Entrevista Motivacional (EM) também conhecida como Terapia de Aprimoramento Motivacional (MET – “*Motivational enhancement therapy*”), foi desenvolvida por Miller e Rollnick, inicialmente em 1983 como uma intervenção breve para o alcoolismo, no qual a motivação dos pacientes costuma ser um obstáculo para a mudança. A EM atua na própria motivação dos pacientes para a mudança e adesão ao tratamento. “É um estilo clínico habilidoso para evocar dos pacientes as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde”. O “espírito geral” deste método foi descrito como colaborativo, evocativo, e com respeito pela autonomia do paciente (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

Uma revisão sistemática da Cochrane em 2011 (Smedslund et al., 2011), com o objetivo de avaliar a eficácia da entrevista motivacional para abuso de substâncias, assim como o nível

de retenção no tratamento e de prontidão para mudança concluiu que o método pode reduzir o abuso de drogas em comparação com nenhuma intervenção. Vários estudos investigaram a associação de intervenção breve de TCC com EM ou MET para tratamento de várias drogas, incluindo anfetaminas (Baker et al., 2005), cocaína (McKee et al., 2007; Sánchez et al., 2011) e maconha (Babor, 2004). Como resultado foi verificada a redução no consumo de drogas, bem como aumento do período de abstinência e de melhorias significativas nos estágios de mudança.

A eficácia da EM também foi avaliada em meta-análises (Vasilaki, Hosier & Cox, 2006) e estudos de revisão (Brow & Miller, 1993; McGovern & Carroll, 2003; Hettema, Steele & Miller, 2005; Rawson & Clark, 2017), verificando melhora na aderência ao tratamento e na redução do consumo. O Projeto Match do NIAAA (1997), com o objetivo de avaliar os benefícios da associação de EM, TCC e Terapia dos Doze Passos para tratamento de alcoolismo, em 1.726 indivíduos verificou que quatro sessões de MET podem ser tão efetivas como doze sessões de TCC ou de Terapia dos Doze Passos. Os resultados mostraram ainda um aumento nos dias de abstinência (20-30% para 80-90%) e diminuição no consumo (12-20 para 1-4 dias de consumo).

### *3.5.5. Aplicação de abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS ad*

Santos (2010) abordou a temática do grupo como intervenção terapêutica no CAPS ad, realizando uma pesquisa qualitativa exploratório-descritiva, por meio de entrevistas semiestruturadas com 17 profissionais de nível superior, de três CAPS ad do Espírito Santo. O objetivo geral do estudo foi descrever as diversas atividades grupais desenvolvidas pelos profissionais e um dos objetivos específicos foi identificar a abordagem teórico-metodológica adotada nos grupos.

**Tabela 3 – Aplicação das estratégias cognitivo-comportamentais no CAPS ad**

<b>Referências</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Resultados</b>
Bourguignon, L. N., Guimarães, É. d. S., & Siqueira, M. M. d. (2010).	Descrever a assistência prestada por 3 enfermeiros de 3 CAPS ad com enfoque em grupos.	Artigo. Estudo descritivo exploratório.	Utilização de TCC e protocolos do Ministério da Saúde nos grupos terapêuticos. Um dos entrevistados justificou a preferência por essa abordagem, pela experiência anterior com TCC em grupos de tabagismo e por ser uma abordagem diretiva e de fácil aplicação.
Kantorski, L. P., Lisboa, L. d. M., & Souza, J. d. (2005).	Relatar a experiência de um grupo conduzido por 2 enfermeiros e 1 psiquiatra, chamado de “prevenção de recaídas”, em um CAPS ad II.	Artigo. Relato de intervenção	Acolhimento das recaídas, ênfase na motivação para o tratamento, e modificações em modos de vida que reforçaram a autoeficácia do paciente.
Martins, T. D. (2011)	Relatar uma intervenção em grupo com protocolo de TCC associado a técnicas como PR e THS, com pacientes dependentes de benzodiazepínicos em tratamento em um CAPS ad.	Monografia. Relato de intervenção.	Seis dos dezessete participantes do grupo cessaram o uso de benzodiazepínicos e a maioria dos pacientes alcançaram maior qualidade de vida.
Romanini, M., Pereira, A. S., & Dias, A. C. G. (2016).	Descrever uma proposta de grupo de prevenção de recaídas sistematizado, associado às estratégias TCC, EM e THS em um CAPS ad.	Artigo. Revisão de literatura e projeto de intervenção.	Foi apresentado apenas o programa a ser implementado, sem resultados.
Santos, É. G. d. (2010).	Descrever as diversas atividades grupais desenvolvidas por 17 profissionais de nível superior de 3 CAPS ad.	Dissertação de mestrado. Estudo descritivo exploratório.	Os profissionais não seguem um único referencial teórico e consideram a TCC como uma abordagem de fácil aplicação para a realização de grupos com dependentes de álcool e outras drogas.

As intervenções realizadas na atenção psicossocial devem priorizar as atividades coletivas como oficinas, assembleias e grupos terapêuticos, que estão entre as atividades desenvolvidas no CAPS, conforme a portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004). As atividades grupais relatadas no estudo consistem em grupos de acolhimento, acompanhamento, oficinas terapêuticas e assembleias.

Em relação ao referencial teórico empregado nos grupos, foi observado que os profissionais não seguem uma única abordagem, mas diferentes metodologias como estratégias comportamentais, intervenção breve, prevenção de recaídas, arteterapia, terapia sistêmica, psicanálise, entre outras. Em relação a TCC, os profissionais que relataram empregá-la, consideram “uma abordagem de fácil aplicação, diretiva e focalizada”, portanto adequada a usuários de álcool e outras drogas (Santos, 2010).

Conforme o estudo, profissionais que atuam com grupos nos CAPS ad se utilizam de recursos e abordagens, que, na maioria das vezes, são aprendidos na prática ou com base em sua formação acadêmica. A principal dificuldade indicada pelos participantes para o desenvolvimento de grupos foi a falta de uma fundamentação mínima sobre essa temática em sua graduação. Conforme a autora, esta lacuna presente na formação, se deve a uma lógica de atenção reduzida ao espaço clínico do consultório, altamente prescritiva e centrada na doença, que não dá bases suficientes para o trabalho coletivo.

Foi destacada a importância da ampliação do conhecimento sobre o processo grupal, a fim de melhor preparar os profissionais para seu desenvolvimento nos serviços de saúde, visto que a estratégia grupal se coloca em lugar de destaque no “novo paradigma de saúde”. Neste modelo de atenção, os grupos devem funcionar como espaços de reflexão, de interação, sendo facilitadores da mudança de estilos de vida, e não meramente espaços informativos, somente de acompanhamento e prescrição de informações (Santos, 2010).

Além da necessidade de capacitação dos profissionais para gerenciamento de grupos, foi apontada a urgência de sistematização dessas atividades. A falta de uma metodologia estruturada para desenvolvimento de trabalhos em grupo gera dificuldades de lidar com questões que emergem durante este processo, rotatividade dos participantes e a consequente desmotivação do profissional (Santos, 2010).

A temática das intervenções grupais também esteve presente em um estudo descritivo-exploratório, desenvolvido por Bourguignon, Guimarães e Siqueira (2010), que teve como objetivo descrever a assistência prestada por três enfermeiros que atuam em grupos terapêuticos em três CAPS ad do Espírito Santo. Os grupos desenvolvidos por estes profissionais são semelhantes aos do estudo anterior (grupos de acolhimento, acompanhamento, oficinas e assembleias).

Quanto à abordagem teórico-metodológica adotada, observou-se a utilização do referencial cognitivo-comportamental e protocolos do Ministério da Saúde. Um dos entrevistados justificou a preferência por essa abordagem, pela experiência anterior com TCC em grupos de tabagismo e por ser “uma abordagem diretiva e de fácil aplicação”.

Constatou-se nos resultados que a concepção de grupo terapêutico para os enfermeiros depende da experiência vivenciada dentro do próprio grupo e do conhecimento advindo da formação profissional. Os autores consideram que é necessário que o enfermeiro se aproprie da ferramenta grupal, uma vez que ela é a principal estratégia terapêutica empregada nos CAPS ad. No entanto, ainda é incipiente o tratamento desse conteúdo na formação do enfermeiro, que, embora preconize o cuidado do indivíduo em uma visão holística, ainda se constitui em um modelo centrado no doente e na doença (Bourguignon, Guimarães & Siqueira, 2010).

Kantorski, Lisboa e Souza (2005) relataram a experiência de um grupo chamado de “prevenção de recaídas”, conduzido por dois enfermeiros e um psiquiatra, em um CAPS ad II, no período de dois anos. O grupo acontecia toda semana, com duração média de uma hora e meia. Os coordenadores do grupo utilizaram o protocolo de Prevenção de Recaídas proposto por Knapp e Bertolote (1994), em seu livro “Prevenção de Recaídas: um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e de drogas”.

Durante os encontros realizados foram aplicados princípios da EM, PR e TCC. Entre as técnicas empregadas foi utilizada a construção de um quadro das vantagens e desvantagens,

descrição de um dia típico do indivíduo dependente, elaboração de um inventário das habilidades para lidar com situações de risco, de um balanço das situações protetoras e provocadoras do uso, elaboração de estratégias para lidar com os sinalizadores, levantamento semanal das situações de risco, modificação do estilo de vida e desenvolvimento de uma agenda diária e um plano de recuperação com metas e objetivos.

Os autores consideram que a utilização da TCC associada a princípios motivacionais possibilitou o acolhimento das recaídas, bem como a ênfase na motivação para o tratamento, estabelecendo-se metas de tempo de abstinência e modificações em modos de vida mais realistas e que reforçam a autoeficácia do paciente, sua autoestima e contribuem na aderência ao tratamento. Um fator considerado limitante ao trabalho foi a falta de intervenção sistemática com as famílias, o que tem reduzido a possibilidade de dar amplitude à intervenção realizada (Kantorski, Lisboa & Souza, 2005).

No estudo de Romanini, Pereira e Dias (2016) foi apresentada uma breve revisão de literatura sobre o uso de substâncias, TCC e PR, e descrita uma proposta de grupo de prevenção de recaídas em um CAPS ad do Rio Grande do Sul. Foi apresentado apenas o programa a ser implementado, sem resultados. Trata-se de um grupo fechado, estruturado com dezesseis encontros, que aconteceriam duas vezes por semana, conduzido por psicólogos. Seriam empregadas estratégias como EM, PR, TCC e THS.

O estudo de Martins (2011) consiste em um relato de intervenção realizado em um grupo conduzido pela autora, no período de um ano, com pacientes dependentes de benzodiazepínicos em tratamento em um CAPS ad em Porto Alegre. A psicóloga coordenadora do grupo desenvolvia a atividade uma vez por semana, com duração de uma hora, empregando um protocolo de tratamento de base cognitivo-comportamental. O grupo inicialmente foi composto por 17 participantes, mas era aberto à entrada de novos integrantes durante o curso do



tratamento. Algumas estratégias utilizadas no grupo foram: THS, PR, reestruturação cognitiva, treino de assertividade e relaxamento.

Foi verificado que seis dos dezessete participantes iniciais do grupo cessaram o uso de benzodiazepínicos. Além disso, a autora observa que a maioria dos pacientes alcançaram maior qualidade de vida e perceberam o grupo como um espaço para aliviar tensões e angústias. Foi destacado que pesquisas empíricas são necessárias para validar a abordagem cognitivo-comportamental em grupo para os problemas de abuso e dependência de benzodiazepínicos (Martins, 2011).

### **3.6 Discussão**

Foram verificados apenas cinco estudos empíricos relatando aplicação de estratégias cognitivo-comportamentais em CAPS ad, sendo que um deles se tratava de um projeto de intervenção sem apresentação de resultados. Dois estudos abordaram as estratégias cognitivo-comportamentais sendo aplicadas por profissionais de nível superior, nas atividades coletivas presentes nos CAPS.

Entre estas intervenções, foram relatados grupos como oficinas, assembleias e grupos de acolhimento e acompanhamento, que estão entre as principais atividades realizadas nestas instituições, conforme a portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde. Destaca-se a presença dos enfermeiros atuando nestes grupos e a escolha das estratégias cognitivo-comportamentais por estes profissionais.

Os outros três estudos também abordaram intervenções em grupo, porém, em um formato sistematizado, baseado em protocolos da abordagem Prevenção de Recaídas associado a técnicas de TCC, EM e THS. Estes grupos foram conduzidos por enfermeiros ou psicólogos e ainda por um psiquiatra juntamente com um enfermeiro.

Apesar das atividades grupais serem incentivadas como práticas fundamentais na promoção de saúde, a formação acadêmica tradicional ainda se apresenta distanciada do paradigma da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como predominantemente orgânico, hierarquizado e com estratégias de cuidado centradas na sintomatologia, o que não dá bases suficientes para o trabalho em grupo.

O modelo de atenção presente nos CAPS ad tem como proposta situar a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial (Yasui, Costa- Rosa, 2008). No paradigma psicossocial as práticas devem ser voltadas para a reinserção social e o resgate da cidadania dos usuários, que são mais facilmente enfocados por meio de atividades coletivas (Ferreira Neto, 2008).

Conforme Oliveira, Sartes, Ribeiro, Ismael e Cazassa (2017), a Terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) vem demonstrando tratar-se de um modelo bastante promissor para o tratamento dos quadros de dependência de substâncias psicoativas. O foco da TCCG para dependência é na psicoeducação, no aprendizado e na implementação de estratégias de enfrentamento para o manejo das situações de risco, prevenção de recaída e manutenção da abstinência (Oliveira, Sartes, Ribeiro, Ismael & Cazassa, 2017). A TCCG se assemelha à abordagem individual e também segue uma agenda. Não têm sido constatadas diferenças significativas entre a TCC para tratamento do uso de substâncias em grupo e individual (Magil & Ray, 2009; Sobell & Agrawal, 2009; Davis et al., 2015).

A TCCG tem sido adotada por seu baixo custo e significativa efetividade. No entanto, Oliveira et al. (2017) consideram outros fatores que fazem com que a modalidade em grupo seja indicada para usuários de álcool e outras drogas, tais como: “as vivências compartilhadas auxiliam os usuários a compreenderem como situações ou comportamentos específicos podem ser arriscados; interromper o isolamento social que normalmente ocorre com o uso da

substância; experimentar uma sensação de aceitação e incentivo; e aprender novos padrões de relações interpessoais” (Oliveira, Sartes, Ribeiro, Ismael & Cazassa, 2017).

As estratégias de base cognitivo-comportamental, sobretudo a TCC, PR e EM, são estruturadas, diretivas e focais. Por serem facilmente padronizadas, podem ser utilizadas em ensaios clínicos e terem seus resultados avaliados (Mathias & Cruz, 2007). Em contraste com as abordagens psicodinâmicas que não apresentam evidências disponíveis, a TCC apresenta protocolos, o que facilita sua aplicação e avaliação de resultados terapêuticos. Além disso, são adequadas à saúde pública e podem ser incorporadas por qualquer profissional de saúde (Souza, 2010).

Sabe-se que, no mundo todo, que o uso problemático de substâncias é caracterizado como um problema de saúde pública, sendo cada vez mais incluído nas agendas políticas de diversos países (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2011). Dada a complexidade da questão, é necessário desenvolver estratégias e planos consistentes, com base em evidências científicas para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas, os quais possam ser sistematizados em protocolos, possibilitando sua avaliação periódica (Mota et al., 2014; Bello, 2015).

Bello (2015) aponta que há um consenso crescente de que a investigação científica pode contribuir de maneira significativa para o planejamento e implementação de políticas mais efetivas na abordagem do uso de substâncias psicoativas. No entanto, apesar do aumento do conhecimento sobre os efeitos psicoativos de muitas substâncias, como resultado das pesquisas científicas da neurociência e de importantes avanços na farmacologia, sobretudo nas técnicas comportamentais aplicadas à dependência de drogas, ocorre uma lacuna entre o conhecimento científico alcançado e as ações implementadas (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2011; Bello, 2015).

Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) apontam vários problemas na organização dos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil e observam que grande parte dos programas de tratamento se organiza de forma empírica a partir do empenho de seus profissionais. A falta da adoção de abordagens baseadas em evidência científica tem gerado serviços com potencial de atendimento terapêutico limitado, com a conseqüente cronificação de pacientes nos CAPS e alto índice de abandono (Flora, 2008; Dimenstein, 2004). Amarante (2003) também considera a cronificação e a segregação dos usuários nos CAPS um problema presente na atual política nacional de saúde mental e destaca que a reforma psiquiátrica vem sendo reduzida à desospitalização, aspecto importante, mas não suficiente para a superação do paradigma psiquiátrico.

Outro problema verificado é a falta de formação dos profissionais da rede de atenção aos usuários de drogas, visto que as grades curriculares dos cursos de saúde não contemplam adequadamente o tema (Souza, 2010; Junior, Silva, Noto, Bonadio & Locatelli, 2015). Além disso, vários estudos evidenciam a falta de investimento em formação continuada dos profissionais do CAPS (Abuhab, Santos, Messemberg, Fonseca & Silva, 2005; Cantele, Arpini & Roso; 2012 Alves, Dourado & Côrtes, 2013; Anjos Filho & Souza, 2017).

Neste cenário, a falta de qualificação dos profissionais tem impacto direto sobre a prática profissional exercida, culminando na realidade de que muitos usuários não recebem qualquer tipo de tratamento. A baixa motivação para atender casos de dependência de substâncias e o preconceito é outra importante conseqüência da falta de preparo e de capacitação em relação ao tema (Souza, 2010; Junior, Silva, Noto, Bonadio & Locatelli, 2015).

Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) ressaltam que, quando se propõe uma política pública nacional assistencial, é necessário o desenvolvimento de protocolos e diretrizes para que todos os serviços de categorias semelhantes possam se orientar e uniformizar as estratégias de tratamento. Além disso, é fundamental que os sistemas integrados de instituições,

profissionais e práticas sejam planejados e avaliados constantemente, levantando desafios e possibilidades na sua implementação, a fim de uma maior contextualização e adequação às necessidades de sua população-alvo (Mota et al., 2014).

Conforme Rush (2003), grande parte das abordagens e dos serviços para o tratamento do uso de álcool e outras drogas não é avaliada de forma consistente, apresentando poucas evidências de pesquisa sobre a eficácia e/ou efetividade. Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) observam que, apesar dos CAPS ad serem os principais serviços de atendimento a pessoas com transtornos relativos ao uso de álcool e outras drogas que integram a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, há poucas informações sobre a avaliação destes serviços do ponto de vista metodológico.

Conforme Souza (2010), na América Latina os princípios da TCC apresentam-se ainda restritos às pesquisas nos centros universitários, pois a psicanálise continua a ser a ferramenta mais proeminente nos serviços de saúde, apesar de todas as evidências de eficácia do modelo cognitivo-comportamental (Arias & Kranzler, 2008; Carroll & Onken, 2005; Dutra et al., 2008; Fischer et al., 2015; Jhanjee, 2014; Magill & Ray, 2009; McGovern & Carroll, 2003; Rawson & Clark, 2017; Roggi & Garcia, 2015).

### **3.7 Considerações**

Foram verificados apenas cinco estudos empíricos relatando aplicação de estratégias cognitivo-comportamentais em CAPS ad. Todos estes estudos tiveram como foco intervenções grupais com estratégias cognitivo-comportamentais como TCC, PR, EM e THS. Destaca-se a presença dos enfermeiros atuando nestes grupos e a escolha das estratégias cognitivo-comportamentais por estes profissionais. Uma questão importante levantada foi a falta de

diretrizes sistematizando as práticas em atividades grupais na saúde pública, assim como de capacitação dos profissionais para este atendimento.

As estratégias cognitivo-comportamentais apresentam várias vantagens a favor de sua adoção como referência para o tratamento de substâncias psicoativas na política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, assim como já ocorre no Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde no Brasil (Ministério da Saúde, 2001). Entre as características destas intervenções que se mostram vantajosas a sua inserção na saúde pública, destacamos o fato de serem abordagens estruturadas, diretivas e focais, o que viabiliza sua sistematização em protocolos, facilitando sua aplicação e avaliação de resultados terapêuticos. Além disso, podem ser incorporadas por qualquer profissional de saúde.

Apesar dos benefícios apresentados pelas abordagens cognitivo-comportamentais em pesquisas científicas persistem obstáculos para transportar estes resultados para a prática nos serviços de saúde mental no Brasil. A falta da adoção de abordagens baseadas em evidência científica nos CAPS ad afeta negativamente a assistência prestada, o que pode impossibilitar uma efetiva reabilitação psicossocial, dos usuários, gerando cronificação e alto índice de abandono. Desse modo, torna-se fundamental uma reflexão crítica e avaliação, com métodos baseados em evidência, das metodologias de tratamento empregadas na atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

É necessário avançar no desenvolvimento de instrumentos de políticas públicas que permitam a difusão de boas práticas de intervenções comprovadamente custo-efetivas e acessíveis a população. Sugere-se mais estudos relatando o emprego destas estratégias em CAPS ad, com o intuito de maior compreensão da abordagem neste contexto, a fim de verificar resultados e limitações.

### 3.8 Referências

- Abuhab, D., Santos, A. B. A. P., Messemberg, C. B., Fonseca, R. M. G. S. & Silva, A. L. A (2005). O Trabalho em Equipe Multiprofissional no CAPS III: um desafio. Porto Alegre: *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26 (3), 369-380.
- Alves, H. M. C., Dourado, L. B. R. & Côrtes, V. N. Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18 (10), 2965-2975.
- Amarante, P. A. (2003). Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In Amarante, P. (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, NAU Editora, 45-66.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. Porto Alegre: Artmed.
- Anjos Filho, N. C. & Souza, A. M. P. (2017). A percepção sobre o Trabalho em Equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Botucatu, *Interface*, 21(60), 63-76. DOI: 10.1590/1807-57622015.0428
- Arias, A. J. & Kranzler, H. R. (2008). Treatment of co-occurring alcohol and other drug use disorders. *Alcohol Res Health*, 31(2), 155-167.
- Babor, T. F. & The Marijuana Treatment Project Research Group. (2004). Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings From a Randomized Multisite Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 455-466. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.455>
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J. Grant, T., Pohlman, J. B. ... Carr, V.J. (2004). Brief Cognitive Behavioural Interventions for Regular Amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100, 367-378. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.001002.x
- Banaco, R.A. (2013). Teoria Comportamental. In: Zanelatto, N.A.; Laranjeira, R. (2013). O

Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-comportamentais – um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed.

Beck, J.S. (1997). Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse: Theoretical Rationale. In: Newman: Onken, L.S., Blaine, J.D. & Boren, J.J (1993). Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence. Rockville: NIDA Research Monograph.

Bello, L.A. (2015). Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. In: Ronzani, T.M., Costa, P.H.A., Mota, D.C.B. & Laport, T.J. (2015). Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas. São Paulo: Cortez.

Bourguignon, L. N., Guimarães, É. d. S. & Siqueira, M. M. d. (2010). A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS AD do Espírito Santo. [Nurse's role in the "CAPS AD" therapeutic groups at Espírito Santo State]. *Cogitare enferm*, 15(3), 467-473.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E.; Witkiewitz, K.; Hsu, S... & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305. doi: 10.1080/08897070903250084

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H.; ... & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71-5, 547-556. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4546

Cantele, J., Arpini, D. M. & Roso, A. (2012). A Psicologia no Modelo Atual de Atenção à Saúde Mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32 (4), 910-925.



- Carlini, E. A. (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. & Onken, L. S. (2001). A Stage Model of Behavioral Therapies Research: Getting Started and Moving on From Stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (2), 133- 142.
- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 847.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse*, 49(5), 492-512.
- Childress, A. R. et al. (1993). Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. In: Onkey, L. S. et al. Behavioral Treatment for Drug Abuse and Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 73-95. NIDA research Monograph Serie nº 137.
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M. & Smits, J. A. J. (2015). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation & The Health Professions*, 38(1), 94-114.
- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J. & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Prev Med*, 92, 36-46. doi:10.1016/j.ypmed.2016.08.008
- Diehl, A., Cordeiro, D. C. & Laranjeira, R. (2011). Organização dos Serviços de Tratamento em Dependência Química. In: Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. & colaboradores (2011). Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed.

- Dimenstein, M. (2000). A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Dimenstein, M. (2004). A Reorientação da Atenção à Saúde Mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(4), 112-111.
- Dobson, D. & Dobson, K.S. (2011). A Terapia Cognitivo-comportamental Baseada em Evidências. Porto Alegre: Artmed.
- Dobson, K. S. & Scherrer, M.C. (2011). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In: Knapp, P., editor. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 42-57.
- Dutra, P. D., Georgia Stathopoulou, M. A., Shawnee L. Basden , M. A., Teresa M. Leyro , B. A., Mark B. Powers , P. D. & Michael W. Otto , P. D. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06111851
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. Belo Horizonte, *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Figlie, Neliana Buzi (2013). Entrevista Motivacional e Terapia cognitivo-comportamental no tratamento do uso de substâncias psicoativas. In: Zanelatto, N. A & Laranjeira, R. O tratamento da Dependência Química e as Terapias cognitivo-comportamentais um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed
- Fischer, B., Blanken, P., Da Silveira, D., Gallassi, A., Goldner, E. M., Rehm, J. ... & Wood, E. (2015). Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: a comprehensive narrative overview of English-language studies. *Int J Drug Policy*, 26(4), 352-363. doi:10.1016/j.drugpo.2015.01.002
- Flora, F. A. M. (2008). A Crise da Saúde Mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (1), 33-34

- Freire, S.D. (2011). Implicações práticas no tratamento psicoterápico da dependência química. In: Andretta, I. & Oliveira, M.S. (2011). Manual Prático de Terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Garland, E. L. & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addict Sci Clin Pract*, 13. doi:10.1186/s13722-018-0115-3
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2004). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-11. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563–570.
- Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 112.
- Júnior, J. M. L., Silva, E. A., Noto, A. R., Bonadio, A. N. & Locatelli, D. P. (2015). A Educação Permanente em Álcool e outras Drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B. & Laport, T. J. (2015). Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas. São Paulo: Cortez.
- Kabat- Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12 (1), 281.
- Kantorski, L. P., Lisboa, L. d. M., & Souza, J. d. (2005). Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 1(1), 0-0.
- Knapp, Paulo e colaboradores (2004). Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed.

- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*, 30 (Supl II), S54-64.
- Knapp, P., Luz, Jr. Ernani & Baldisserotto, G.V. (2011). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Rangé, Bernard. (2001). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. São Paulo: Artmed.
- Yasui, Silvio & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, 32 (78,79,80), p. 27-37.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 151–160.
- Li, W, Howard, M. O., Garland, E. L., Mc Govern, P. & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *J Substance Abuse Treat.*, 62-96. doi: 10.1016/j.jsat.2017.01.008
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J. & Oliveira, M.S. (2015). Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais. In: Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J. & Oliveira, M.S. (2015). *Terapias Comportamentais de Terceira Geração – guia para profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys
- Massanaro, H. H. M. A., Queiroz, I. S., Silva, M.V.O., Gimenez, M.A., Stamato, M.I.C. & Dias, R. M. (2013). Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) em Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas. Conselho Federal de Psicologia, Brasília.
- Mathias, A. C. R. & Cruz, M. S. (2007). Benefícios de Técnicas Cognitivo-comportamentais em grupo para o uso indevido de Álcool e Drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 56 (2), 140-142.

- Magill, M & Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(4), 516-527.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2ª Edição. Editora Artmed.
- Martins, T. D. (2011). Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento do abuso de Benzodiazepínicos. Trabalho de conclusão de curso de especialização, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- McGovern, M. P., & Carroll, K. M. (2003). Evidence-based practices for substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 991.
- McKee, S. A., Carroll, K. M., Sinha, R.; Robinson, J. E., Nich, C., Cavallo, D. & O`Malley, S. (2007). Enhancing Brief Cognitive-behavioral Therapy with Motivational Enhancement Techniques in Cocaine users. *Drug Alcohol Depend*, 91(1), 97-101. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.05.006
- Miguel, A. Q. C. & Gaya, C. M. Técnicas e terapias comportamentais aplicadas ao tratamento da dependência química. In: Zanelatto, N. A. & Laranjeira, R. (Org.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. p. 313-329.
- Miguel, A. Q., Madruga, C. S., Cogo-Moreira, H., Yamauchi, R., Simoes, V., da Silva, C. J. ... & Laranjeira, R. R. (2016). Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users in Brazil: A randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav*, 30(5), 536-543. doi:10.1037/adb0000192
- Ministério da Saúde (2001). Abordagem e Tratamento do Fumante. Rio de Janeiro, INCA, Consenso.

- Ministério da Saúde. (2004). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, Brasília.
- Morandi, M. & Guimarães, L. P. (2015). Intervenções Cognitivo-Comportamentais no Tratamento das Dependências Químicas. *Id on Line Revista de Psicologia*, 9(25), 203-216.
- Mota, D., Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., Colugnati, F. A. B. & Rush, B. R. (2014). Avaliação dos Sistemas de Tratamento para usuários de Drogas no Brasil. In: Ronzani, T. M. (2014). *Intervenções e Inovações em Álcool e outras Drogas*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- National Institute on Drug Abuse (2012). Principles of Drug Adicction Tratament: a research-based guide. *Third Edition, National Institute of Health, US Department of Health and Human Services*.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2006). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. New York: *The Guilford Press*.
- Oliveira, M. S., Sartes, L. M. A., Ribeiro, N. S., Ismael, S. M. C. & Casazza, M. J. (2017). Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo Aplicada a Usuários de Drogas. In: Neufeld, C. B. & Rangé, B. P. (2017). *Terapia Cognitivo-comportamental em Grupos: das evidências às práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Brasil, Ministério da Saúde. Obtido em 9 de dezembro, 2018, recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (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 (SUS). Obtido em 21 de fevereiro de 2018, recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

- Rangé, B. P., Falcone, E. M. O. & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, 3(3).
- Rawson, R. A. & Clark, N. (2017). Interventions for the management of substance use disorders: an overview. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(3).
- Roggi, P. M.S., Gama, M. F. N., Neves, F. S. & Garcia, F. (2015). Update on treatment of craving in patients with addiction using cognitive behavioral Therapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(5).
- Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2009). Entrevista Motivacional no Cuidado à Saúde: ajudando os pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed
- Romanini, M., Pereira, A. S. & Dias, A. C. G. (2016). Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 11(1), 115-132.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., Tulder, M.W., Brink, W, Jong, C.A.J. & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74. 1-13.
- Rotgers, F. & Nguyen, T. (2008). Abuso de Substâncias. In: Bieling, P. J.; McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2008). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Ruff, S., McComb, J. L., Coker, C. J. & Sprenkle, D. H. (2010). Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: a substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. *Fam Process*, 49(4), 439-456. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01333.x
- Rush, B. (2003). The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders. *Rev. psiquiatr. Rio Grande Sul*, 25(3), 393-411.

- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, Á., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C. ... & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. [Ambulatory group treatment for cocaine dependent patients combining cognitive behavioral therapy and motivational interviewing]. *Psicothema (Oviedo)*, 23(1), 107-113.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J. ... & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Front Psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsy.2018.00095
- Santos, E. G. D. (2010). O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo. Dissertação de mestrado, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo.
- Silva, A. L. A. C., Munari, D. B., Lima, F. V. & Silva, W. O. (2003). Atividades Grupais em Saúde Coletiva: características, possibilidades e limites. *Revista de Enfermagem, UERJ*, 11 (1), 18-24.
- Silva, S. S., Pereira, R. C. & Aquino, T. A. A. A. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental no Ambulatório Público: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, João Pessoa, 7 (1), 44-49.
- Silva, C. J. & Serrab, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy for substance abuse disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, 26 (Supl I), 33-39.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. (2011). Motivational Interviewing for Substance Abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD008063.pub2
- Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-



behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683.

Souza, I.C.W. (2010). O Profissional da APS e as Substâncias de Abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais.

Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, 8 (1 Pt1), 102-106.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *World Drug Report 2010*. Viena: UNODC

Vasilaki, E. I., Hosier, S. G. & Cox, W. M. (2006). The Efficacy of Motivational Interviewing as a Brief Intervention for Excessive Drinking: a meta analytic review. *Alcohol Alcohol*, 41(3), 328-335. DOI:10.1093/alcalc/agl016

Wright, J.H., Basco, M.R. & Thase, E.T. (2008). *Aprendendo a Terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

## 4 ESTUDO 2

### **A Terapia Cognitivo-comportamental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPS ad: um estudo exploratório**

#### **4.1 Resumo**

**Introdução:** O conceito de "Práticas Baseadas em Evidências" é uma tendência que ganhou adeptos em diversas áreas da saúde, impactando no planejamento e na implementação de políticas e práticas para a abordagem de substâncias psicoativas. As Terapias cognitivo-comportamentais representam abordagens de tratamento para dependência de drogas que têm extensa pesquisa científica, com resultados verificados em múltiplas metanálises e revisões sistemáticas. Além disso, essas abordagens se expandiram no Brasil, sendo uma ferramenta vantajosa na saúde pública. **Objetivo:** Conhecer a percepção sobre o uso e inserção de estratégias cognitivo-comportamentais por psicólogos que atuam nos CAPS ad, fazendo uso dessas abordagens. **Método:** Foi realizada uma entrevista semiestruturada com 16 psicólogos que atuam nos CAPS ad do Rio de Janeiro e em Minas Gerais que relataram empregar terapias cognitivas e/ou comportamentais no tratamento da dependência de álcool e outras drogas. **Resultados e discussão:** foram relatados diversos resultados positivos da aplicação de abordagens cognitivo-comportamentais nos CAPS ad, apesar das limitações presentes na dinâmica do trabalho e na infraestrutura das instituições. Apesar das estratégias cognitivo-comportamentais serem reconhecidas como intervenções baseadas em evidências e possuírem várias vantagens importantes para a saúde pública, persistem obstáculos para a adoção destas ferramentas como referência para tratamento da dependência de substâncias psicoativas nos serviços de saúde mental no Brasil.

**Palavras chave:** centro de atenção psicossocial, serviços de saúde mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias, terapia cognitiva

#### **4.2 Abstract**

**Introduction:** The concept of "Evidence-Based Practices" is a trend that has won adherents in several areas of health, impacting on the planning and implementation of policies and practices for the approach of psychoactive substances. Cognitive Behavioral Therapies represent treatment approaches for drug dependence that have extensive scientific research, with results verified in multiple meta-analyzes and systematic reviews. In addition, these approaches have expanded in Brazil, being an advantageous tool in public health. **Objective:** To know the perception about the use and insertion of cognitive-behavioral strategies by psychologists who work in CAPS ad, making use of these approaches. **Methods:** A semi-structured interview was conducted with 16 psychologists working in CAPS ad in Rio de Janeiro and Minas Gerais who reported using cognitive and/or behavioral therapies in the treatment of alcohol dependence and other drugs. **Results and discussion:** several positive results have been reported from the application of cognitive-behavioral approaches in CAPS ad, despite the limitations present in the work dynamics and in the infrastructure of the institutions. Although cognitive-behavioral strategies are recognized as evidence-based interventions and have several important public health advantages, there are still obstacles to the adoption of these tools as a reference for the treatment of psychoactive substance dependence in mental health services in Brazil.

**Key words:** psychosocial care center, mental health services, substance-related disorders, cognitive therapy

### 4.3 Introdução

A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas (2004) contempla que a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad). O CAPS ad é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Seu objetivo é o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua (Ministério da Saúde, 2004).

Conforme Bello (2015), há um consenso crescente de que a investigação científica pode contribuir de maneira significativa para o planejamento e implementação de políticas mais efetivas na abordagem do uso de substâncias psicoativas. O conceito de “Práticas Baseadas em Evidências” (PBE) é uma tendência que tem ganhado adeptos em diversas áreas da saúde, impactando o planejamento e implementação de políticas e práticas para a abordagem de substâncias psicoativas. Rawson e Clark (2017) definem PBE como "a integração das melhores evidências de pesquisa, diretrizes clínicas baseadas no consenso profissional e valores de pacientes".

Os critérios de evidência requerem que a intervenção tenha sido objeto de estudo científico adequadamente publicado, que haja benefício comprovado e que a replicabilidade e sua utilidade em diversos contextos seja demonstrada consistentemente, sendo mensurada de maneira confiável (Bello, 2015). Evidências de pesquisa podem ser obtidas por meio de ensaios clínicos randomizados, investigações quase-experimentais, estudos correlacionais, estudos de campo e relatos de casos, análises sistemáticas e meta-análises (Rawson & Clark, 2017).

A tríade composta por Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), Entrevista Motivacional (EM) e Prevenção de Recaídas (PR) representam abordagens de tratamento para dependência de drogas que tem ampla pesquisa científica, com resultados verificados em múltiplas meta-análises e revisões sistemáticas (Arias & Kranzler, 2008; Carroll & Onken, 2005; Dutra et al., 2008; Fischer et al., 2015; Jhanjee, 2014; Magill & Ray, 2009; McGovern & Carroll, 2003; Rawson & Clark, 2017; Roggi & Garcia, 2015). Além disso, foram avaliadas nos principais projetos de experimentos controlados e randomizados para estudos de tratamento de dependência de drogas, incluindo o Projeto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo (NIAAA), o Projeto MATCH e o Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA).

Existem evidências da eficácia da TCC para uma variedade de substâncias, incluindo álcool, cannabis, anfetaminas, cocaína, heroína e uso de drogas injetáveis. Além de ser efetiva na redução do consumo de álcool e outras drogas e no apoio à melhoria dos demais aspectos da vida do usuário, seus benefícios podem se estender além do período de tratamento e proteger contra recaídas ou recorrência após a conclusão do tratamento (Arias & Kranzler, 2008; Carroll & Onken, 2005; Dutra et al., 2008; Fischer et al., 2015; Jhanjee, 2014; Magill & Ray, 2009; McGovern & Carroll, 2003; Rawson & Clark, 2017; Roggi & Garcia, 2015).

As terapias cognitivas começaram a surgir no final dos anos 60, em parte como resultado de um movimento de insatisfação com os modelos estritamente comportamentais e de rejeição aos modelos psicanalíticos e questionamento de sua eficácia. O movimento cognitivo-comportamental é recente no Brasil e começou a aparecer no Rio de Janeiro e São Paulo no final da década de 80. Devido aos resultados positivos encontrados, as terapias cognitivas ganharam popularidade e se expandiram crescentemente no Brasil. (Rangé, Falcone & Sardinha 2007).

A TCC foi desenvolvida por Aaron Beck inicialmente como tratamento para depressão e posteriormente passou a ser aplicada em outros transtornos. O modelo cognitivo de Beck parte

da ideia de que as cognições, os comportamentos e os sentimentos de um sujeito são influenciados por percepções que ele tem de determinada situação. Entende-se então que é a forma como o indivíduo interpreta o evento que vai determinar o que ele sente (Beck, 1964).

O modelo cognitivo do uso de substâncias afirma que certos indivíduos desenvolveram uma vulnerabilidade cognitiva ao abuso de drogas e que crenças e desejos relativos ao uso de drogas são normalmente ativados em circunstâncias de alto risco particulares e previsíveis (Beck, 1993). Além da identificação e modificação de pensamentos e crenças disfuncionais, a TCC na dependência de drogas utiliza outras técnicas como questionamento socrático, “solução de problemas”, relaxamento, exposição gradual, dramatização, cartões de enfrentamento, manejo da fissura, treinamento de assertividade, treinamento de habilidades sociais, agendamento de atividades, tarefas de casa entre outras (Knapp, 2001).

As estratégias cognitivo-comportamentais aplicadas ao tratamento da dependência de substâncias psicoativas incluem várias intervenções distintas como EM, PR, Treino de Habilidade Sociais (THS) manejo de contingências (MC), terapia comportamental de casal entre outras. Estas estratégias podem ser combinadas ou usadas isoladamente, muitas das quais podem ser administradas tanto em formatos individuais quanto em grupos (McHugh & Hearon, 2010).

Silva, Pereira e Aquino (2011) consideram que as abordagens cognitivas e comportamentais têm se mostrado como uma ferramenta valiosa na Saúde Pública, por respaldar uma série de programas e intervenções que podem ser eficazes e adequadas à realidade com todas as suas particularidades como tempo reduzido e elevada demanda. As estratégias cognitivo-comportamentais têm recebido atenção destacada na saúde pública em muitos países e apresentam várias vantagens. A Terapia cognitiva apresenta protocolos, o que viabiliza avaliação de resultados terapêuticos e suas técnicas podem ser incorporadas por qualquer profissional de saúde (Souza, 2010).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde emprega a Abordagem Cognitivo Comportamental associada a EM e o modelo de PR em seus programas de tratamento para dependência do tabaco, baseado nas evidências de resultado dessas intervenções no tratamento do tabagismo (Ministério da Saúde, 2001). As abordagens cognitivo-comportamentais também são ferramentas adotadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, em suas cartilhas sobre prevenção, assim como no “curso Supera”, que fornece capacitações à distância a profissionais da Saúde e Assistência Social que atuam na prevenção e tratamento de substâncias psicoativas.

Apesar do reconhecimento da eficácia das terapias cognitivo-comportamentais, foram verificados poucos estudos (Santos, 2010; Bourguignon, Guimarães & Siqueira, 2010; Kantorski, Lisboa & Souza, 2005; Romanini, Pereira & Dias, 2016; Almeida, 2015; Martins, 2011), autores estes que relatam seu emprego em CAPS ad. Considerando a necessidade de práticas baseadas em evidências na saúde pública e a crescente expansão da TCC, torna-se necessário investigar o uso de terapias cognitivas e/ou comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas nos CAPS ad. O objetivo desse estudo é conhecer o trabalho de psicólogos que atuam em CAPS ad empregando estratégias cognitivo-comportamentais para tratamento de dependência de álcool e outras drogas.

#### **4.4 Objetivos**

##### *3.4.1 Objetivo geral:*

Conhecer a percepção sobre o uso e a inserção de estratégias cognitivo-comportamentais por psicólogos que atuam em CAPS ad, fazendo uso dessas abordagens.

### 3.4.2 *Objetivos específicos:*

- Investigar estratégias utilizadas, metas e modos de desenvolvimento do trabalho de base cognitiva ou comportamental no CAPS ad;
- Investigar a percepção dos profissionais acerca das contribuições das estratégias cognitivas e comportamentais para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas no contexto do CAPS ad;
- Verificar limites e desafios encontrados no uso de terapias cognitivas e comportamentais em CAPS ad, segundo a percepção dos entrevistados;
- Investigar a percepção dos participantes a respeito do diálogo com psicólogos e outros profissionais de abordagens teóricas diferentes no CAPS ad.

## **4.5 Metodologia**

### *4.5.1 Participantes*

Foram incluídos no estudo 16 psicólogos, sendo seis pertencentes à CAPS ad do Estado do Rio de Janeiro e dez ao Estado de Minas Gerais. Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa e exploratória, foi utilizado o critério de amostragem por saturação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido por Fontanella (2008) como "a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados".

Foram incluídos no estudo psicólogos que relataram fazer uso de estratégias cognitivas e/ou comportamentais no tratamento de usuários de álcool e outras drogas em CAPS, não sendo



necessário ter formação ou especialização em Terapia Cognitivo-comportamental ou outra abordagem comportamental e que aceitaram colaborar com a pesquisa. Foram excluídos do estudo psicólogos que, no momento da coleta, tinham tempo de atuação no CAPS ad inferior há quatro meses e que estavam de licença ou gozando férias.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto com três participantes e estes foram incluídos na amostra total. Os dados sociodemográficos, como idade, sexo, escolaridade, entre outros, serão identificados a partir da exploração da amostra, não sendo utilizados critérios de inclusão ou exclusão nestes casos.

#### *4.5.2 Instrumentos*

O roteiro de entrevista deste estudo (anexo 2) primeiramente foi aplicado em um estudo piloto e os resultados da análise de dados foram apresentados em banca de qualificação de mestrado. A partir das sugestões dos avaliadores, foram realizadas algumas alterações, incluindo outras questões que contemplam os objetivos da pesquisa, resultando nos instrumentos seguintes:

- Questionário com dados sociodemográficos caracterizando os profissionais envolvidos (anexo 3): sexo, idade, escolaridade, ano e instituição de formação, experiência, cursos de formação, especialização ou extensão, investimento em supervisão e psicoterapia.
- Entrevista semiestruturada (anexo 4) elaborada pelos pesquisadores a respeito do desenvolvimento do trabalho com terapias cognitivas e comportamentais no CAPS ad (estratégias empregadas, resultados e limitações encontradas, objetivos do tratamento), diálogo com profissionais de abordagens diferentes (espaços para discussão, capacitações para a equipe, conflitos).

#### 4.5.3 Procedimentos

Após a aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFJF (CAAE: 72371417.0.0000.5147) foi realizado um estudo piloto com três psicólogos de um CAPS ad do Estado do Rio de Janeiro, nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, a fim de avaliar o instrumento de estudo. Em seguida, foi realizado contato telefônico com 52 CAPS ad, sendo 27 do Estado de Minas Gerais e 25 do Estado do Rio de Janeiro, com objetivo de localizar psicólogos que empreguem estratégias cognitivas e comportamentais em CAPS ad. Por meio desses contatos foi esclarecido o objetivo do estudo e foram solicitadas informações sobre as abordagens dos psicólogos que atuam no CAPS.

Sendo verificada a existência de psicólogos que correspondiam aos critérios de inclusão do estudo, foi realizado contato com o coordenador do serviço, solicitando anuência para a realização da pesquisa e contato dos psicólogos. Além disso, foram enviados por e-mail documentos com esclarecimento a respeito do estudo e pedido de autorização da pesquisa, seguido de declaração para assinatura do responsável pela instituição. Conforme as informações obtidas nos primeiros contatos, foram indicados 29 psicólogos (dezesesseis de Minas Gerais e treze do Rio de Janeiro) que empregam abordagens cognitivas e comportamentais em CAPS ad, pertencentes a 23 CAPS ad (treze de Minas Gerais e dez do Rio de Janeiro). As indicações dos participantes com o perfil investigado foram fornecidas pelos coordenadores dos CAPS ou por psicólogos pertencentes a equipe.

Foi realizado contato telefônico com estes profissionais para esclarecimento sobre a pesquisa e verificação de disponibilidade de colaboração dos psicólogos. À medida que o participante aceitava participar do estudo e enviava o termo de consentimento livre e esclarecido por e-mail (anexo 1), foram marcadas as entrevistas, que foram em dia e hora escolhidos pelos participantes. Os participantes foram esclarecidos quanto ao sigilo e foi

solicitada autorização prévia para gravação das entrevistas que foram posteriormente transcritas. Vinte e quatro psicólogos aceitaram colaborar com o estudo, mas durante o período de coleta de dados alguns não apresentaram disponibilidade para realização da entrevista. Após análise de dados de 16 entrevistas foi considerado que novas coletas acrescentariam poucos elementos em relação à densidade teórica já obtida, portanto não foram incluídos novos participantes.

A princípio foi proposto aos participantes que a entrevista fosse realizada via Skype. Com aqueles que não se dispuseram ser entrevistados por Skype ou por telefone, a entrevista foi realizada de forma presencial. Sete psicólogos foram entrevistados via Skype, quatro por telefone e cinco de forma presencial. A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2018 a outubro de 2018 e a duração das entrevistas foram de 40 minutos a uma hora em média.

#### **4.6 Análise de dados**

A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), com definição de categorias de análise posteriormente à exploração do material (categorias não apriorísticas). A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análises das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens. Este método considera que a categorização (passagem de dados brutos a dados organizados) não introduz desvios por excesso ou por recusa no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados brutos (Bardin, 2016).

O procedimento para consolidação da análise apreende as seguintes etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização do material que corresponde a “um período de intuições, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de forma a conduzir a um esquema

preciso do desenvolvimento das operações sucessivas” (Bardin, 2016). Na pré-análise foi realizado o que o autor chama de “leitura flutuante” que consiste em estabelecer contato com os documentos a serem analisados (entrevistas transcritas), conhecendo o texto e deixando-se invadir por impressões e orientações.

A fase de exploração do material consiste nas operações de codificação em unidades de análise. As categorias de análise devem obedecer a algumas regras básicas para que sejam consideradas válidas: devem ser homogêneas (formada por elementos semelhantes ou ligados entre si), exaustivas (em que esgote a totalidade do texto), exclusivas (um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em categorias diferentes), objetivas (pesquisadores diferentes devem chegar a resultados iguais) e adequadas (adaptadas ao conteúdo a ao objetivo do estudo) (Bardin, 2016).

Nesta fase a pesquisadora contou com o apoio de uma estudante bolsista, que participou do processo de análise vertical dos dados para identificação das categorias e subcategorias de acordo com os temas mais presentes. Foi realizada a comparação da categorização de todas as entrevistas e a soma das frequências classificadas em cada resposta, conforme o quadro de categorização vertical e horizontal (Anexo 6). O tratamento dos resultados correspondeu ao processo de interpretação dos dados a partir da fundamentação teórica, utilização de juízes (bolsista e orientadora), descrição dos resultados e discussão final.

## **4.7 Resultados e discussão**

### *4.7.1 Perfil dos psicólogos participantes*

Foram incluídos dezesseis participantes no estudo, dos quais dez (62,5%) atuam em CAPS ad do Estado de Minas Gerais e seis no Estado do Rio de Janeiro (37,5%). Onze

psicólogos (68%) são mulheres e cinco (31,25%) são homens. Em relação à faixa etária dos participantes, 37,5% têm idade entre 28 e 34 anos; 31,25% entre 38 e 41 anos; 18,75% têm 48 ou 49 anos e apenas um (6,25%) possui 64 anos. Foi questionado sobre a religião dos entrevistados e 53,85% se referiram como católicos; 18,75% como espíritas e 18,75% responderam que não tem nenhuma religião.

A respeito do vínculo empregatício no CAPS ad, 68,75% são efetivos e 31,25% são contratados, com carga horária média de 30,25 horas semanais. O tempo de atuação no CAPS ad por 56,25% dos psicólogos é de um a três anos; 31,25% de cinco a sete anos e 12,5% (duas profissionais) têm nove e dez anos de atuação respectivamente. A grande maioria (81,25%) dos psicólogos participantes do estudo se graduou em faculdades particulares. Em relação ao ano de formação, 37,5% tiveram graduação em Psicologia entre 2007 e 2013; 31,25% entre 1991 e 2003 e a participante mais idosa (6,25%) se formou em 1978.

A maioria dos profissionais (68,75%) relatou não ter experiência anterior de trabalho em CAPS; 18,75% tiveram experiência como estagiário e somente 12,5% relataram experiência anterior como psicólogos em CAPS. Em relação à experiência de tratamento de usuários de álcool e outras drogas, 44% relataram nunca terem trabalhado com esse público; 18,75% tiveram experiência em comunidades terapêuticas; 18,75% em clínicas particulares; 12,5% em ONGs e 6,25% em hospital.

No que se refere ao investimento em cursos de formação e especialização, 18,75% relataram ter curso de formação em TCC e 31,25% curso de especialização em TCC. Alguns psicólogos (31,25%) possuem especialização em dependência química; 12,5% têm especialização em “Saúde Mental e Atenção Psicossocial” e 12,5% têm mestrado em Psicologia. Também foram mencionados outros cursos de formação ou especialização, entre eles especialização em “Psicologia do Trânsito” (12,5%) e em “Gestão de Pessoas” (12,5%).

Em relação a cursos de extensão, poucos participantes relataram ter participado de muitos cursos e a maioria os fez à distância (62,5%). Dois entrevistados mencionaram participação em cursos presenciais de extensão em “dependência química” pela UNIFESP e um participante (6,25%) relatou ter participado do curso do projeto “Caminhos do Cuidado”. Dois participantes (12,5%) relataram não ter feito nenhum curso de extensão nessa área.

O curso Supera (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento), que teve participação de 62,5% dos entrevistados, tem contribuído para ampliar o acesso de profissionais da Saúde e Assistência Social à ferramentas de prevenção e tratamento de dependência de substâncias psicoativas.

Esta proposta foi inicialmente desenvolvida por meio de uma parceria entre a SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, e a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, e atualmente é fornecida pela UNIFESP juntamente com a UNIVESP – Universidade Virtual do Estado de São Paulo. Entre 2006 e 2017 foram ofertadas 135.000 vagas (12 turmas) para profissionais das áreas de saúde e assistência social de todos os estados brasileiros.

Por outro lado, nenhum profissional mencionou capacitações fornecidas por CRRs (Centros Regionais de Referências sobre Drogas) que são a principal estratégia de formação presencial permanente das políticas sobre drogas implantados pela SENAD, por meio do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – PIEC (2010). Atualmente existem 45 CRRs implantados em todas as regiões brasileiras, vinculados a grupos de professores e pesquisadores de instituições públicas de Ensino Superior, com alta concentração na região Sudeste (Costa et al, 2015).

Os resultados obtidos em relação às características sociodemográficas podem ser observados na Tabela 4.

**Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos entrevistados**

		%
<b>Estado de atuação</b>		
MG	10	62,5
RJ	6	37
<b>Idade (média)</b>	38,7	
<b>Sexo</b>		
Feminino	11	68,75
<b>Religião</b>		
Católica	7	44
<b>Vínculo empregatício</b>		
Contratado	5	31,25
Efetivo	11	68,75
<b>Carga horária (horas por semana)</b>		
15 – 20	5	31,25
24 – 30	6	37
35 – 40	6	37
<b>Tempo de atuação no CAPS ad (anos)</b>		
1 – 3	9	56,25
5 – 7	5	31,25
9 – 10	2	12,5
<b>Instituição de formação</b>		
Privada	13	81,25
<b>Experiência anterior em CAPS</b>		
Não	11	68,75
<b>Experiência anterior com usuários de álcool e outras drogas</b>		
Não teve experiência	7	44
Sim. Em Comunidade Terapêutica	3	18,75
Sim. Estágio	1	6,25
Sim. ONG	2	12,5
Sim. Hospital	1	6,25
Sim. Clínica particular	3	18,75
<b>Curso de formação ou especialização</b>		
Formação ou Especialização em TCC	8	50
Especialização em Dependência Química	5	31,25
Saúde Mental e Atenção Psicossocial	2	12,5
Outros	15	93,75
Nenhum	1	6,25
<b>Cursos de extensão na área de álcool e outras drogas</b>		
Cursos à distância (Supera; UFSC/UNASUS/MS; Canal Minas Saúde)	10	62,5
Tratamento de tabagismo	2	12,5
UNIFESP	2	12,5
“Caminhos do Cuidado”	1	6,25
Outros não especificados	4	25
Nenhum	2	12,5
<b>Supervisão em TCC</b>		
Sim	3	18,75
Não, mas já teve	3	18,75
Nunca teve	6	37
<b>Psicoterapia de abordagem cognitivo-comportamental</b>		
Sim	1	7,7
Não, mas já fez	4	31
Nunca fez	7	44

O investimento pessoal em formação em TCC também foi avaliado, investigando se os psicólogos fazem supervisão e/ou psicoterapia de base cognitivo-comportamental. Quase metade dos profissionais (46,15%) nunca tiveram supervisão nessa linha; 18,75% já tiveram supervisão e apenas três (18,75%) têm supervisão no momento. Em relação à psicoterapia, 54% nunca tiveram acompanhamento com psicólogo que empregasse TCC ou outra abordagem comportamental; 31% já fizeram psicoterapia nessa linha e apenas um (6,25%) faz psicoterapia com psicólogo cognitivo-comportamental.

A seguir, podemos observar a dificuldade de alguns psicólogos de terem acesso à psicoterapia de base cognitivo-comportamental em municípios de pequeno porte.

*“Já tive supervisão na área comportamental, na abordagem comportamental, behaviorismo e não tive na cognitivo-comportamental, né. No momento não faço psicoterapia, pela localidade onde estou, né, em dificultar o acesso pros profissionais que eh... trabalham com mais abordagens. Quero muito começar, começar, né... Já fiz, tô querendo agora retomar, mas na área cognitivo-comportamental. Infelizmente, pra um profissional nessa abordagem eu preciso deslocar aqui do município, né, pra uma cidade mais distante pra tá fazendo. No momento não foi possível ainda” (P 6).*

#### 4.7.2 Estratégias cognitivas e/ou comportamentais empregadas no CAPS ad

A seguir será apresentada uma análise dos principais temas observados nos relatos das entrevistas, cujas categorias globais e específicas encontram-se no Anexo 4 – Quadro de categorização horizontal e vertical.

A grande maioria dos psicólogos (75%) mencionou técnicas que correspondem à abordagem da TCC de Beck. Entre estas técnicas foram citadas: reestruturação cognitiva



(62,5%.) psicoeducação (25%), questionamento socrático (12,5%), monitoramento (12,5%) e registro de pensamentos automáticos (6,25%). Também foram amplamente citadas estratégias comportamentais (68,75%) como técnicas de relaxamento (25%), checagem de humor (25%), técnicas de distração (18,75%), tarefas de casa (18,75%), *roleplay* ou dramatização (12,5%) entre outras.

Alguns entrevistados descreveram o uso da TCC em seu processo de trabalho, de forma muito superficial, demonstrando ter pouco conhecimento sobre a abordagem. Entre eles, dois relataram não ter formação em TCC e percebem maior necessidade de investimento em capacitação. Uma participante relata dificuldades vivenciadas por muitas profissionais, que têm contribuído como impasses em seu aperfeiçoamento no estudo da TCC.

*“Eu tenho uma ideia, de livro. Utilizo mais as técnicas do consultório. Tem a entrevista de... recaída... essas coisas... O protocolo não conheço. Até gostaria. É por isso que eu estou precisando de estudar(...). Eu estou angustiada, porque eu não estava clinicando. Fiquei mais de um ano parada, fiquei bastante tempo parada. Teve a gravidez, deixando o neném crescer. Eu trabalhava de manhã, de tarde e de noite, faculdade...” (P 11).*

A segunda abordagem mais empregada foi o modelo de Prevenção de Recaídas (PR) (68,75), seguida pela Entrevista Motivacional (EM) (50%) e o Treino de Habilidades Sociais (THS) (31,25%). PR e EM foram comumente citadas pelos psicólogos que não têm formação em TCC e/ou têm formação em outra abordagem, como o caso de uma entrevistada que relatou ter formação em Psicoterapia Corporal em Análise Bioenergética e empregar PR. Outras duas profissionais que atuavam sob o viés da psicanálise conheceram a EM por meio de um curso do Supera – SENAD, e desde então introduziram essa intervenção em sua prática.

*“...a gente não tinha muito essa noção... quando eu comecei a trabalhar já ... realmente a gente não tinha esse treinamento, ninguém tinha escutado falar das técnicas mais adequadas, e partir do curso do SUPERA e aí onde a gente... eu tive contato com a técnica, falando desse... E a partir daí a gente... eu pude perceber que existiam técnicas que eram mais eficientes, mais eficazes, assim né, e não traria muito ônus mesmo assim, no termo de trabalho de forma geral. E aí comecei a utilizar né, participei também de alguns congressos da ABEAD...” (P 12).*

As estratégias cognitivo-comportamentais descritas com maior frequência pelos profissionais entrevistados correspondem às abordagens empregadas em CAPS ad no Brasil, verificadas nos estudos encontrados. Segundo estes estudos, as estratégias cognitivas mais comumente usadas no Brasil para tratamento em CAPS ad são a TCC, PR, EM e técnicas como o Treino de Habilidades Sociais (THS) (Kantorski, Lisboa & Souza, 2005; Santos, 2010; Bourguignon, Guimarães & Siqueira, 2010 e Martins, 2011).

Estratégias como Manejo de Contingências (MC), *Mindfulness*, Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e Terapia Analítico-funcional (FAP) foram relatadas também pelos entrevistados, porém em menor frequência. *Mindfulness* foi descrito apenas como uma técnica de respiração, o que subentende o não conhecimento do protocolo da abordagem.

*“A gente tem procurado entender técnicas de mindfulness, TCC baseada em mindfulness, como controle da respiração, atenção plena, controle mental, controle do estado emocional, relaxamento. São técnicas que a gente tem utilizado com o intuito de controlar a fissura” (P 2).*

O emprego da ACT foi descrito de forma superficial pela entrevistada que justificou não ter um conhecimento aprofundado da abordagem.

*“Trabalho também com a questão da Aceitação e Compromisso que é uma abordagem nova aí das terapias cognitivas, que é muito importante nessa área. Não é algo muito a fundo não, sabe... Eu tenho um conhecimento de curso rápido da TCC. É basicamente aceitar, fazer com que a pessoa aceite essa condição (...). Os compromissos são basicamente nessa área, como eu posso reduzir, o que eu vou utilizar como técnicas que foram passadas para mim, lá fora para eu conseguir reduzir a ansiedade, ter controle sobre ela, conseguir entender que eu controlo os impulsos” (P 1).*

O MC é um método recente na literatura científica que não tem sido amplamente utilizado na prática clínica, segundo alguns autores, pelos altos custos percebidos de provisão necessários a intervenção (Jhanjee, 2014; Morandi & Guimarães, 2015).

Apesar da maioria dos entrevistados atuarem em municípios de pequeno porte, onde existem poucas oportunidades de disseminação de abordagens cognitivas em centros de estudo, esse fator não justifica o conhecimento superficial dessas estratégias observado nos relatos, visto que atualmente estão disponíveis tecnologias como a Educação à Distância (EAD) e a possibilidade de acompanhamento psicológico e supervisão via web.

Pode-se avaliar por meio do relato de alguns psicólogos, que na verdade eles têm conhecimento de apenas algumas técnicas e não possuem embasamento suficiente para serem identificados como psicoterapeutas cognitivo-comportamentais. A literatura aponta o tempo de formação e supervisão como um dos requisitos para o desenvolvimento apropriado do psicoterapeuta cognitivo-comportamental, além da articulação entre teoria e prática (Cottraux & Matos, 2007; Wright, Basco & Thase, 2008; Alves, 2016).

Cottraux (2004), citado em Cottraux & Matos (2007), relaciona competências gerais necessárias aos terapeutas cognitivo-comportamentais, entre elas: desenvolver uma aliança terapêutica, avaliar o humor do doente, elaborar um plano, laços entre as sessões, solicitação de feedback durante as seções, estilo colaborativo, descoberta guiada, familiarização teórica e prática com a Terapia Cognitiva, foco sobre as cognições e os comportamentos, avaliação e identificação de pensamentos disfuncionais, etc.

#### *4.7.3 A atuação do psicólogo no CAPS ad e o emprego de protocolos de tratamento*

Apenas um profissional (6,25%) apresentou ter conhecimento dos protocolos utilizados na aplicação da TCC para tratamento da dependência de drogas e acredita que eles se aplicam ao contexto do CAPS ad. Mais da metade (54%) dos entrevistados relataram não ter conhecimento deles. Alguns profissionais (15,4%) compreendem protocolos como técnicas ou instrumentos. *“Os protocolos utilizados pela TCC eu conheço e vi na especialização, incluindo o AUDIT e o ASSIST. Não lanço muito mão deles, porque não é uma preferência no CAPS, né?”* (P 16).

Também foi verificado que alguns profissionais (15,4%) entendem protocolo como referência de autores ou livros. *“Olha, eu tenho um livro, mas assim, eu não consigo aplicar ele aqui, porque né... Inclusive tem um bem legal da maconha, que tem as metas e tudo... Eu tento adaptar um pouquinho...”* (P 12).

O fato de apenas um profissional apresentar ter conhecimento de protocolos pode ser justificado pela falta de maior aprofundamento da abordagem pelos participantes. Apenas metade deles possui formação ou especialização em TCC. Outro motivo, apontado por alguns participantes, seria a dinâmica do trabalho do psicólogo no CAPS, em que não é priorizada a psicoterapia, mas uma abordagem de “clínica ampliada”, tendo o “técnico de referência” como

articulador do projeto terapêutico singular do usuário. No entanto, esse fato não exige a necessidade de o psicólogo ter um referencial teórico norteador.

Ferreira Neto (2008) discute a respeito de duas tendências nas práticas antimanicomiais, identificadas como “ênfase clínica” e “ênfase política”. A ênfase clínica tem base na psicanálise e é geralmente criticada pela tendência a reproduzir nos serviços públicos as peculiaridades do consultório particular e por superdimensionar a intervenção psicológica em detrimento de práticas de intervenção no campo de interação entre os sujeitos.

A segunda ênfase é denominada de “reabilitação psicossocial” ou psiquiatria militante”. A “ênfase política” descarta a noção de clínica em favor de uma prática política voltada para a reinserção social e o resgate da cidadania. Os defensores desta tese partem do pressuposto de que a inserção social do usuário só é possível numa prática coletiva (Ferreira Neto, 2008).

A proposta de “clínica ampliada” tem como objetivo superar a clínica tradicional e a dissolução entre reabilitação psicossocial e clínica, propondo uma redefinição dos meios de trabalho (Ferreira Neto, 2007). Nessa prática clínica, os diversos saberes presentes na equipe interdisciplinar são transversalizados, não havendo centralização em uma única disciplina e a Psicanálise perde sua condição de saber absoluto (Lobosque, 2011).

Nessa perspectiva, o arranjo de referência permite a aproximação entre profissionais, clientes e território de vida destes, possibilitando a co-construção e o acompanhamento de projetos terapêuticos, de modo que um profissional ou um grupo tome para si a responsabilidade do acompanhamento em suas diferentes facetas (Miranda & Onocko-Campos, 2010).

A respeito do uso de protocolos, Souza (2010) destaca que eles facilitam a aplicação e avaliação dos resultados terapêuticos. A avaliação da eficácia das intervenções é imprescindível no planejamento das políticas públicas, principalmente no que se refere ao direcionamento de recursos financeiros. Além disso, os protocolos em TCC possibilitam o tratamento breve, objetivo, com número limitado de sessões, podendo ainda ser empregados em grupo.

#### *4.7.4 Atividades desenvolvidas no CAPS ad*

Todos os participantes realizam atendimento individual e apenas três (18,75%) não fazem atendimento em grupo. A maioria dos psicólogos (77%) relatou que a duração dos atendimentos individuais é em média trinta a quarenta minutos. O atendimento em grupo, conforme a maioria dos participantes (60%), tem duração de uma hora em média.

A grande maioria (75%) faz visitas domiciliares, sendo que dois (15,4%) mencionaram fazer visitas aos usuários do CAPS ad em instituições como presídios ou hospitais. Em relação aos atendimentos à família, apenas um psicólogo não realiza. Dois (12,5%) fazem acompanhamento dos familiares em grupo; um coordena a reunião de família que ocorre mensalmente no CAPS ad, assim como os outros profissionais da equipe; quatro (25%) fazem atendimentos pontuais à família quando é necessário e o restante não especificou como é dado esse suporte. Alguns profissionais mencionaram conduzir oficinas terapêuticas (25%) como oficinas de Arteterapia (6,25%) e oficinas que têm como objetivo desenvolvimento da cognição, psicomotricidade e motivação (12,5%).

Além dos recursos terapêuticos sugeridos no roteiro da entrevista, alguns participantes citaram outros que são normalmente empregados em CAPS, como entrevistas de acolhimento (50%); participação em atividades externas ao CAPS (18,75%); matriciamento (12,5%) e encaminhamentos para outros dispositivos da Rede de atenção psicossocial – RAPS (12,5%). Embora estes recursos não tenham sido mencionados pela maioria dos entrevistados, por não terem sido citados como exemplos pela pesquisadora, provavelmente são atividades desenvolvidas pelos demais participantes do estudo. A multiplicidade de atividades desenvolvidas pelos psicólogos que atuam em CAPS ad é bem ilustrada no seguinte relato:

*“O que você chamou aí de recursos terapêuticos eu realizo todos eles. O atendimento à família, atendimento individual, atendimento domiciliar, visitas domiciliares, visita institucional a pacientes que estão internados, que estão presos. O trabalho é bem amplo, é para fora. É muito diferente de atendimento em TCC em consultório. E todos esses recursos que você falou aí eu realizo, incluindo as visitas institucionais e matriciamento também. Eu faço atendimentos individuais e também faço em grupo” (P 16).*

Conforme a portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2012, as atividades disponibilizadas pelo CAPS ad devem incluir atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração dos usuários na comunidade. Foi verificado que os psicólogos entrevistados realizam todas estas atividades propostas pela portaria, demonstrando ter uma atuação mais próxima ao modelo de clínica ampliada, que é indicado às equipes de Saúde Mental, evoluindo das práticas mais tradicionais, usualmente utilizadas em consultórios.

No estudo de Cantele e Arpini (2017) com psicólogos de dois CAPS do Rio Grande do Sul, também foi evidenciada a multiplicidade de atuações em que o psicólogo é convidado a participar, o que indica, conforme os autores, que a prática psicológica passou por transformações, vindo gradativamente a se adequar aos pressupostos da reforma psiquiátrica. Houve uma ressignificação da prática psicológica no contexto da Saúde Mental, não mais centrada no atendimento individual, mas em ações plurais, dando destaque às intervenções grupais. Não se trata de abolir as práticas individuais como foi ressaltado por Melo e Borges (2008), mas de inserir mudanças na forma tradicional de proceder esses atendimentos.

#### 4.7.5 As Estratégias cognitivo-comportamentais e a Redução de Danos

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004) destaca que a lógica da Redução de Danos (RD) deve ser preconizada nos CAPS ad, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais do uso de álcool e outras drogas. Nessa concepção a abstinência não é o único objetivo alcançado, devendo ser reconhecidas as singularidades de cada usuário, aumentando seu grau de liberdade e co-responsabilidade. A RD não exclui outros métodos e implica estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos com o usuário.

Todos os participantes relataram ter a política de Redução de Danos como referência, no entanto um entrevistado acrescentou que é necessário “uma conciliação” entre esta proposta e as estratégias cognitivo-comportamentais. Para esse profissional a TCC teria objetivos antagônicos a RD, por acreditar que a primeira tem foco na abstinência.

*“Isso é delicado pra caramba né, porque... Caramba! Parece até meio que paradoxal né, porque na TCC a gente quer que a pessoa pare de usar né, mas tem a Política de Redução de Danos né, ou seja, a gente tenta conciliar os dois (...)” (P 5).*

A abordagem de RD é compatível com a Prevenção de Recaídas, Entrevista Motivacional e TCC e estas estratégias não tem foco apenas na abstinência (Marlatt, Blume & Parks, 2001; Marlatt & Donovan, 2009; Azevedo, 2015). Marlatt e Donovan (2009) esclarecem que o modelo de Prevenção de Recaídas foi desenvolvido para indivíduos que têm como objetivo tanto a abstinência como a redução e têm como princípio básico acompanhar e apoiar



quaisquer desses objetivos, a fim de auxiliá-los a se manter no desafiador processo de mudança (Marlatt & Donovan, 2009).

De acordo com Logan e Marlatt (2010), embora a abstinência possa ser o objetivo final, o profissional quando atua sob a ótica da Redução de Danos busca sensibilizar o usuário para a mudança, com uma postura não julgadora e diretiva, assim como é indicado na Entrevista Motivacional. A Entrevista Motivacional implica que o profissional expresse empatia a fim de construir uma relação terapêutica com o cliente, permitindo que ele desenvolva uma discrepância entre seus objetivos e sua situação atual, incentivando a mudança e sua autoeficácia (Logan & Marlatt, 2010).

Liese e Franz (2012) esclarecem que a Redução de Danos é compatível com a Terapia Cognitiva, porque ambas colocam forte ênfase na colaboração, empatia, respeito, reconhecimento das diferenças individuais e atenção às crenças pessoais. Os autores apoiam a RD quando os pacientes não conseguem permanecer abstinente com sucesso. Nessa perspectiva, a reabilitação é entendida como um processo de redução “passo a passo” ao invés de um fenômeno “tudo ou nada”.

Outros participantes (18,75%), apesar de responderem que a finalidade do tratamento é a Redução de Danos, acrescentaram que muitas vezes o usuário quer atingir a abstinência, então, nesse caso o foco do tratamento visa atingir esse objetivo. No relato seguinte, o psicólogo esclarece que na prática o tratamento tem como propósito a abstinência.

*“Oh, geralmente lá... a gente trabalha com a ideia de redução de danos, é o que que a pessoa se propõe. Na prática muitas vezes é mais voltado pra abstinência, a maioria das pessoas que chegam lá é falando que querem parar de beber, querem parar de usar droga...” (P 4).*

Dois entrevistados que atuam no mesmo CAPS ad coordenam um grupo chamado de “Redução de Danos e Prevenção de Recaídas. Ao descrever as intervenções realizadas neste grupo, os profissionais declaram que é apresentada a proposta de Redução de Danos, juntamente com um esclarecimento de que a dependência de drogas é uma doença crônica e que a abstinência pode não ser alcançada.

*“A gente foca bastante nessa questão de RD porque é algo que os próprios usuários têm bastantes dúvidas e até um certo preconceito, porque eles têm a ideia de abstinência como um único fim ali dentro (...). Então nesse grupo a gente utiliza algumas técnicas específicas da TCC. Como, por exemplo, os termos eu não sei quais especificamente dos nomes das técnicas, a psicoeducação é uma delas. Explicar o que se trata, falar sobre a dependência química, tratá-la como uma doença, né? Uma coisa que é dolorida para eles, mas que às vezes é muito importante que a gente fale, é que pode ser que eles não deixem de usar a substância que eles utilizam (..). A gente utiliza também nas oficinas, alguns documentários em relação as drogas, alguns países onde as drogas são legalizadas e como é que funciona, até para eles entenderem melhor essa questão da redução(...). Eu procuro deixar claro que não somos contra a abstinência e que isso pode ser também um fim, mas não o único. Damos exemplo de como era o tratamento antes, da falta de sucesso antes. Que ficavam abstinentes em clínicas e quando voltavam...” (P 1).*

O modelo cognitivo-comportamental não compreende o fenômeno da dependência de drogas como doença crônica, ou seja, considerando apenas o aspecto biológico, em que a adicção é resultado da ação da substância no sistema de recompensa cerebral. O modelo cognitivo se relaciona também com o modelo de aprendizado social e a teoria comportamental

(Silva, 2013). Conforme o Modelo Cognitivo de Abuso de Substâncias de Beck (1993), certos indivíduos desenvolveram uma vulnerabilidade cognitiva ao abuso de drogas. Crenças e desejos relativos ao uso de drogas são normalmente ativados em circunstâncias de alto risco particulares e previsíveis, que podem ser internas ou externas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

A perspectiva comportamental da dependência de substâncias psicoativas se apoia nos modelos do condicionamento clássico de Pavlov e condicionamento operante de Skinner. O condicionamento clássico demonstra a relação entre exposição de pacientes a determinadas situações, lugares, objetos e pessoas (estímulos) e a reação deles a estes sinais (resposta condicionada). A teoria do Condicionamento Operante concebe que a manutenção de um comportamento se dá pela presença de um reforço. O reforço consiste em qualquer estímulo ou evento que aumente a probabilidade de ocorrência de um comportamento (Childress et al., 2013; Silva & Serra, 2004).

As declarações dos psicólogos que coordenam esse grupo expressam ideias equivocadas a respeito da Redução de Danos. Em seu relato o uso de drogas é compreendido como “dependência química” e a proposta da RD excluiria totalmente a abstinência. Além disso, a redução ao uso é apresentada como prioritária à abstinência, o que pode acabar desencorajando a interrupção do uso como objetivo.

A lógica da Redução de Danos não concebe o abuso de substâncias psicoativas apenas pelo aspecto biomédico (dependência química) e enfatiza a influência dos fatores sociais. Além disso, a abstinência não é excluída. Conforme Marlatt e Logan (2010), quando o cliente apresenta clara motivação e tem a abstinência como meta, os profissionais devem apoiar essa decisão. Se no entanto ele se apresenta ambivalente ou resistente à mudança, a Redução de Danos possibilita a construção de um *rapport* necessário ao engajamento na mudança.

No próximo relato a “participante 13” emprega a RD conforme o direcionamento de Marlatt, isto é, quando o usuário não tem a abstinência como propósito.

*“O CAPS trabalha com a Redução de Danos. Agora dentro dos meus atendimentos individuais, até pela abordagem que eu utilizo, acaba que os pacientes acabam decidindo interromper mesmo o uso das drogas. A gente trabalha também com a redução, quando ele não quer interromper. Mas isso acaba acontecendo de uma forma progressiva. Acaba que o paciente acaba abandonando o uso em alguns casos” (P 13).*

Também foi mencionado pelos psicólogos que conduzem o grupo “Redução de Danos e Prevenção de Recaídas” que os usuários, muitas vezes, têm a abstinência como seu objetivo inicial, proveniente de um pensamento dicotômico a respeito do uso, em que só é possível parar totalmente porque “o primeiro gole” impulsionaria uma recaída. Nesse caso, o participante mencionou que esclarece ao usuário que seria possível uma redução progressiva, “mantendo um uso não prejudicial”.

*“Uma crença rígida que a gente percebe nos usuários é a de que não é possível trabalhar uma redução de danos progressiva. Ou você para totalmente ou você usa muito. E a gente trabalha muito essa reestruturação, tentando mostrar que existe essa possibilidade de ir reduzindo gradualmente ou, se for o caso, não parar cem por cento, mas pelo menos chegar em um nível em que a pessoa consiga utilizar a substância, não ter crises de abstinência muito forte, e não ter problemas muito graves com o uso de substância, reconhecer que tem uma doença crônica, que muitas vezes não tem cura e que a pessoa precisa reduzir os danos que aquilo está causando para ela. Em outros casos a gente consegue a abstinência total, mas é mais raro, principalmente em drogas como o crack e o álcool, é difícil de conseguir abstinência total” (P 2).*

Peterson e colaboradores (2006) esclarecem que as crenças de “tudo ou nada” sobre o uso de drogas estão presentes na filosofia dos grupos de ajuda mútua dos Alcoólicos Anônimos (AA) e que alguns usuários tendem a preferir modelos baseados na abstinência.

Um participante descreveu ainda que a meta do tratamento é geralmente definida pelo usuário, mas que em alguns casos pode ser definida pelo técnico de referência (TR) dele, o que remove a possibilidade de autonomia do usuário, que é uma finalidade inerente à lógica de Redução de Danos.

*“Tem paciente que a gente consegue trabalhar primeiro a abstinência, mas a grande maioria redução de danos. Então a gente faz assim: “Qual é sua meta?” Isso dentro da psicoterapia. Eu até confundi a TR com a psicologia. Dentro do atendimento da psicoterapia o que ele tem como meta para aquele atendimento. Para o atendimento de psicologia. Ou até mesmo o que o TR quer. Qual a meta que o próprio técnico quer alcançar” (P 11).*

#### *4.7.6 Resultados e limitações do emprego de abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS ad*

Os entrevistados apontaram diversos resultados positivos do tratamento com abordagens cognitivo-comportamentais. Os resultados mais citados foram: maior tempo de abstinência (37%); redução do consumo de drogas (31,25%); retorno ao mercado de trabalho (25%); melhora do convívio social (25%), prevenção de recaídas (18,75%); melhora da relação familiar (12,5%); reconhecimento do estágio de motivação, aumento da motivação para tratamento (12,5%) e alta do tratamento (12,5%). Neste relato, podemos observar os resultados constatados por um participante que emprega estratégias cognitivo-comportamentais em grupo:

*“(...) os colegas reconhecem que no meu grupo, é o grupo onde se mais tem recuperação, assim né recuperação que eu quero dizer, do pessoal retomar sua vida né, não tá usando com tanta frequência como usava, outros pararam mesmo como eu lhe disse né, de pacientes que estão há sete, oito anos sem usar... Muito bacana... Tocando a vida, seguindo a vida, tendo aquela autonomia, trabalhando né, vivendo, convivendo né, socialmente, interagindo socialmente, tudo assim seguindo a vida né, acho que resumindo é isso né...” (P 5).*

Os resultados de tratamento apresentados pelos participantes correspondem ao que tem sido apresentado em revisões sistemáticas e ensaios randomizados sobre tratamento para dependência de substâncias psicoativas. As intervenções cognitivo-comportamentais possibilitam maior tempo de abstinência; redução do consumo de diversas substâncias e dos danos associados; apropriação de recursos para prevenção de recaídas; maior autoeficácia; melhora das habilidades sociais e de vários aspectos de vida (familiar, social, ocupacional) com durabilidade de seus efeitos (Arias & Kranzler; Carrol & Kiluk, 2017; McGovern & Carroll, 2003; Jhanjee, 2014; Sánchez et al, 2011; Roggi & Garcia, 2015; Fischer et al, 2015; Dutra et al, 2008).

A tríade composta por Entrevista Motivacional, Prevenção de Recaídas e TCC representam abordagens de tratamento para dependência de substâncias que têm ampla pesquisa científica a respeito de seus resultados (Arias & Kranzler; Carrol & Kiluk, 2017; McGovern & Carroll, 2003; Jhanjee, 2014; Sánchez et al, 2011; Roggi & Garcia, 2015; Rawson & Clark, 2015). A associação entre essas intervenções potencializa os resultados e suas técnicas podem ser selecionadas conforme a singularidade e os objetivos dos pacientes (Carrol & Kiluk, 2017; Sánchez et al, 2011; Ezard & Dolan).

Em relação às limitações encontradas ao emprego destas abordagens no CAPS ad, 31% dos participantes não percebem nenhuma limitação. Um participante justificou que não tem conhecimento suficiente da abordagem para fazer essa avaliação, por não ter formação em TCC. Outra participante relatou não verificar limitações, mas acrescentou que devem ser incluídas outras abordagens conforme o perfil do usuário.

Metade dos participantes relataram limitações que não se referem propriamente às estratégias cognitivo-comportamentais, mas as circunstâncias do trabalho. Entre elas: falta de assiduidade do usuário ao tratamento; falta de recursos materiais; espaço físico inadequado; grande demanda de usuários para tratamento; tempo reduzido das sessões; falta de investimento da instituição em capacitação e dificuldade de diálogo com profissionais que não compreendem a TCC.

Alguns psicólogos declararam que conforme a Política de Saúde Mental, não deve ser priorizada a psicoterapia e sim o acompanhamento pelo técnico de referência, que pode ser realizado por qualquer profissional do CAPS. Todos os profissionais são considerados técnicos de saúde mental e sua especialidade não deve se sobrepor a essa função no contexto do CAPS. Nesses casos, os psicólogos nem sempre realizam atendimentos psicológicos continuados aos usuários, mas um “acompanhamento de referência”.

*“As limitações eu vejo assim em relação a dinâmica mesmo de trabalho, porque não é terapia a gente não atende o mesmo paciente semanal. A dinâmica não é voltada para a terapia. Isso é um impactozinho. Por exemplo, em CAPS ad nem todos os pacientes passam por psicólogos, como eu te falei todos lá no CAPS nós somos técnicos de referência. Então alguns só que passam por psicólogos os que eu faço acolhimento e os que eles identificam que necessitam de terapia. Não é todo mundo que passa por psicólogo. Eu agendo os atendimentos, né? Porém a demanda é muito grande e aí nem*

*sempre a gente consegue fazer semanal. Como a gente o tempo inteiro na nossa reunião de supervisão a gente escuta que não é terapia, que não é para trabalhar com viés de psicoterapia eu tento me adequar aos protocolos de CAPS” (P 16).*

Alguns colaboradores (31%) identificaram limitações que consideram referentes às estratégias. São elas: dificuldade dos pacientes com técnicas que envolvem escrita ou registros (12,5%); o estado de humor e motivação do usuário (6,25%) e confusão entre acompanhamento psicológico e técnico de referência (6,25%). Um participante esclareceu que no CAPS ad em que ele atua é dada ênfase à função do técnico de referência, que chega a tomar decisões pelo usuário; diante disso, os pacientes têm dificuldade de compreensão e envolvimento no processo de psicoterapia.

*“A compreensão do paciente. Eu percebo que eles entendem a psicologia como alguém que vai resolver os problemas deles, que vai gerir algo, que vai ensinar ele como se fosse uma fórmula: “Faz assim, faz assado, faz isso, faz aquilo (...). O que eu tenho mais dificuldade é que esse paciente possa entender o processo. Porque o técnico de referência ele é diretivo. Ele é muito diretivo. “Você vai fazer assim, assim, assim com o seu dinheiro, entende?” A gente invade mesmo a vida dessas pessoas, enquanto técnico de referência” (P 11).*

Nesse relato observa-se uma deturpação da noção de técnico de referência. O profissional quando investido nesta função deve estimular o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos usuários, que é um dos objetivos fundamentais dos CAPS e ter seus projetos terapêuticos singulares (PTS) como referência. O PTS pretende direcionar a equipe no tratamento e possibilita que o usuário tenha voz ativa, sendo implicado em sua ressocialização



(Ministério da Saúde, 2004; Rabelo, Rivelli & Simões, 2011). Ademais o desempenho desse papel pelo psicólogo não substitui o acompanhamento psicológico quando existe demanda do usuário para psicoterapia.

Foi questionado aos entrevistados se utilizariam a abordagem de forma diferente em outro contexto, como no consultório particular, por exemplo. Quarenta e três por cento consideraram que usariam a abordagem do mesmo modo e três profissionais (21,43%) reconheceram que o emprego seria diferente. Nesse caso, foi elucidado que os clientes atendidos no consultório particular possuem um perfil sócio econômico que permite o emprego de uma linguagem mais técnica. Ademais o tratamento poderia ser “mais aprofundado”, por ter mais tempo disponível.

*“Acredito que eu teria mais tempo para me dedicar... Para preparar as sessões... Para aplicar como eu disse algumas técnicas que não é possível, possíveis de serem aplicadas pelo espaço físico. Então sim faria diferente” (P 13).*

Uma parte dos participantes (35,7%) afirmou que usaria a abordagem de forma diferente em outro contexto e expôs algumas peculiaridades do CAPS ad que requerem adequações das estratégias: falta de motivação do paciente para tratamento, por estar ingressando no CAPS ad por demanda da família; os psicólogos não têm a psicoterapia como objetivo no CAPS ad; limitações sociais e econômicas e pouco tempo para atendimento ante a elevada demanda.

*“Eu acredito que a diferença do consultório particular, eu não atendo em consultório particular dependente químico, mas eu acredito que seria talvez o tempo da terapia e um trabalho mais lapidado que a gente seria capaz de fazer. No SUS, infelizmente, a gente não tem esse tempo terapêutico né, realmente é um trabalho muito breve; o SUS*

*exige que você seja muito dinâmico no atendimento, muito rápido, não são atendimentos longos, porque é um paciente atrás do outro que vem chegando, e o índice de abandono é muito grande” (P 15).*

Knapp (2011) esclarece que a Terapia cognitiva é efetiva para pacientes com diferentes níveis de escolaridade, renda e cultura. O autor destaca ainda que a abordagem “ precisa ser desenhada para as necessidades das pessoas, e não estas serem encaixadas no modelo”. Com pessoas não alfabetizadas, com dificuldade de raciocínio abstrato e mesmo com disfunções cognitivas trabalha-se menos com intervenções puramente verbais e mais com intervenções comportamentais (Knapp, 2011).

Souza, Ronzani, Gomide e Vasques (2012) consideram que as técnicas da TCC não requerem muitas adequações, mas é necessário algumas adaptações no contexto da saúde pública. Os autores destacam que é comum nesse contexto, o fato dos pacientes não terem hábito de ler e escrever. Um recurso seria a utilização de um familiar ou amigo como co-terapeuta para auxiliar ou mesmo redigir as tarefas para ele.

#### *4.7.7 A pluralidade de abordagens teóricas e o diálogo profissional no CAPS ad*

Apenas dois profissionais (12,5%) informaram que não possuem pluralidade de abordagens psicológicas no CAPS ad em que atuam. Um deles é o único psicólogo do CAPS e o outro tem como colega um psicólogo que também trabalha com TCC. A maioria dos entrevistados (87,5%) relatou que existe um bom diálogo com os profissionais de abordagem diferente da TCC. Dois psicólogos justificaram que a equipe técnica tem a linguagem das “Políticas de Saúde Mental “ como um referencial comum a todos e que esta se sobrepõe aos diversos saberes de cada especialidade.

*“Existe um diálogo, uma linguagem, tem muita linguagem que é comum às políticas públicas, por exemplo, a própria redução de danos. Ela vai para além da psicanálise, ou da TCC. É uma política pública, é uma estratégia muito mais do campo da Sociologia até... E a gente encontra pontos em comum muito na Psicologia Social, políticas públicas... As estratégias terapêuticas cada um faz de uma forma” (P 2).*

Uma pesquisa realizada pelo CFP em 2009 sobre a atuação de psicólogos em CAPS apontou que não existe consenso sobre as teorias e conceitos utilizados e as abordagens teóricas aparecem combinadas como uma estratégia para responder às diferentes demandas da instituição. No entanto, um participante que considerou que existe um bom diálogo na equipe relatou que precisa utilizar a linguagem da psicanálise para se fazer compreendido pelos colegas psicanalistas.

*“Acaba que no final que eu estou tendo mais um discurso psicanalítico com elas, do que elas compreendendo o que eu falo (...). Com as psicólogas, elas só compreendem dentro da psicanálise, então tenho que explicar dentro da psicanálise. Mas elas compreendem também TCC. Acaba que o discurso vai dentro da psicanálise” (L 11).*

A concepção do uso de drogas requer uma visão transdisciplinar e intersetorial que ressalta a incompletude de apenas um saber, uma profissão ou uma instituição de dar conta de sua complexidade. Essa integração interdisciplinar possibilita “uma visão integral do sujeito e favorece a compreensão do usuário abusivo como um ser humano pluridimensional, resgatando-o como cidadão de direitos, protagonista de sua história” (Massanaro et al, 2013).

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade deve se fundamentar por meio de mecanismos e estratégias que possibilitem o diálogo democrático entre saberes, conceitos e metodologias

diferentes e não uma “tradução”. Os profissionais precisam abrir mão de competições corporativas e vaidades, conscientizando-se de que todos são importantes para a efetivação do trabalho (Massanaro et al, 2013).

Apenas dois profissionais (12,5%) relataram conflitos referentes à diversidade de abordagens teóricas no CAPS ad. Um deles atua em um CAPS ad que tem quatro psicólogos e recebe supervisão clínica sob orientação da psicanálise. Segundo ele, dois são psicanalistas e um segue uma “abordagem corporal”. No seguinte relato podemos observar como este profissional percebe a visão dos colegas sobre a TCC.

*“Dói, dói, dói porque eu fico sentada lá só escutando né, e procuro pouco falar, pouco me mostrar, pouco... porque as pessoas não... sei lá, eu acho que tem um desdenho pela TCC, não sei o que acontece, que as pessoas não conseguem perceber né, acham que é coisa mesmo de, né, do ratinho do Pavlov, aquele condicionamento, “Ah, vou botar eles então numa jaulinha pra levarem choquinho para pararem de beber”, sabe? Eu escuto, já escutei isso há tempos atrás, sabe? Umas coisas meio assim... por ignorância né, deles né, de não saberem exatamente do que se trata a terapia cognitivo, terapia comportamental (...) (P 5).*

O participante 15 declarou que a instituição em que trabalha tem uma tradição histórica de tratamento fundamentado na Psicanálise e que a partir de um concurso público houve mudança na equipe de psicólogos. Segundo ele, houve resistência à sua abordagem teórica e o diálogo não é bom.

*“Então, o diálogo é péssimo, né. Por quê? O (nome da instituição) ele antecede aos CAPS, ele foi criado muito antes da existência dos CAPS, então, tem uma história muito*

*enraizada com a psicanálise né (...). Então, quando a gente chegou, a gente foi desbancando aquelas pessoas que já tinham contrato de dez, vinte anos e que já estavam ali estudando psicanálise há anos, porque a história do (nome da instituição) é com a psicanálise né, então assim, eu fui muito mal recebido, fui criticado o tempo inteiro, ainda sou em certa medida até hoje, você sente isso no discurso das pessoas...” (P 15).*

A inserção dos psicólogos na saúde pública se deu a partir da implementação da política de desinstitucionalização e implantação de uma rede de serviços substitutivos de saúde mental no Brasil (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto, 2004). Os psicólogos foram inseridos nestes novos dispositivos com uma formação voltada para um modelo hegemônico de clínica tradicional estreitamente associado ao modelo médico, focado no indivíduo, com predominância de uma abordagem de base psicanalítica (Ferreira Neto, 2008).

A psicanálise lacaniana teve influência sobre os principais centros de ensino e pesquisa na área de álcool e outras drogas, como CETAD/Bahia, CMT/Minas, NEPAD/Rio, PROAD/São Paulo e CPTRA/Pernambuco. A perspectiva lacaniana da “clínica do desejo”, que teve como seu principal difusor no Brasil o psicanalista francês Claude Olieveistein e os seus trabalhos com dependentes de drogas no Hospital de Marmotan em Paris, produziu vários discípulos nacionais que estruturaram serviços de tratamento em diversos estados brasileiros (Massanaro et al, 2013).

Ferreira Neto (2008) critica a hegemonia do lacanismo no processo de construção do Programa de Saúde Mental mineiro em Belo Horizonte, que gerou conflitos entre profissionais de categorias diferentes na equipe. Além disso, vários profissionais de formação diversa se ressentiram da “imposição” de um modelo único de atendimento (Ferreira Neto, 2008).

De fato, a qualificação dos profissionais que participaram dos primeiros serviços propostos pela reforma psiquiátrica teve grande contribuição da psicanálise, o que justifica a

extensa produção teórica em saúde mental nessa linha de base e sua influência corrente nos processos de formação e supervisão presentes nos CAPS. A inserção das Terapias Cognitivas nos currículos das faculdades de Psicologia e na saúde pública no Brasil é recente, sobretudo nas cidades de interior (Rangé, Falcone & Sardinha, 2007).

Foi investigado também se existe algum critério de encaminhamento para os psicólogos, considerando sua abordagem teórica quando têm psicólogos de abordagens diferentes no CAPS ad. Foi verificado que estes encaminhamentos não são feitos relacionando abordagem teórica e perfil do usuário. Em muitos casos (54,5%), o psicólogo que realiza a entrevista de acolhimento do paciente é quem fica responsável pelo seu acompanhamento psicológico. A disponibilidade de vaga em agenda é outro critério adotado para agendamento de atendimento psicológico nos CAPS ad de alguns participantes (18%).

Apenas um entrevistado declarou que os encaminhamentos para psicoterapia ocorrem conforme a abordagem do psicólogo. Não são encaminhados pacientes com diagnóstico de psicose para o seu grupo, que, segundo ele, requer uma cognição mais organizada para entendimento e aplicação das estratégias.

*“Assim, o meu grupo já é mais de neuróticos graves né, psicótico não. Então, os neuróticos graves, os border tem né, enfim, eles encaminham pra mim ou pra F., que também tem uma linha mais parecida, não uma linha parecida, uma conduta né, mais assim solta, mais diretiva né, não assim tão abstrata sei lá né, da psicanálise, tão inconsciente vamos dizer” (P 5).*

A respeito de espaços para discussão de casos clínicos entre a equipe, a maioria dos participantes (87,5%) descreveu que existe este espaço nas reuniões de equipe, ocorrendo semanalmente no CAPS ad. Alguns entrevistados (12,5%) relataram que essas discussões

ocorrem em uma reunião maior que inclui outros profissionais da RAPS. Uma parte dos entrevistados (42,9%) mencionou que não existe um referencial teórico predominante nessas discussões, cada psicólogo analisa os casos e sugere estratégias conforme sua própria linha teórica.

Outros consideram (21,43%) que não é seguido nenhum referencial teórico e um participante destacou que falta um foco nas reuniões do CAPS em que atua, mas que geralmente as discussões se fundamentam na Psicanálise, na Psicologia Social e política de Redução de Danos. Dois participantes (14,28%) relataram ainda que as discussões de caso do CAPS ad em que trabalham têm participação de supervisores clínicos da Psicanálise.

#### *4.7.8 Formação continuada para tratamento de dependência de substâncias psicoativas em CAPD ad*

Foi avaliado se o CAPS ad em que os participantes atuam tem investido em capacitação ou treinamento das equipes. A maioria dos entrevistados (84,6%) declarou ter recebido capacitação, no entanto, apenas 23% dos entrevistados receberam capacitação por iniciativa da própria instituição. Nesses casos, a capacitação foi ministrada das seguintes maneiras: por um profissional contratado ou estagiário de psicologia; pelo coordenador; convidando especialistas para falar sobre tema determinado; por meio de reuniões com a RAPS; encontros de Saúde Mental no município e intercâmbio com outros CAPS.

As capacitações tiveram como foco temas diversos incluindo Redução de Danos, Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas, questões administrativas (sistema de registro de produção) e acolhimento aos usuários. As demais capacitações mencionadas (54%) foram oferecidas por cursos à distância como o curso Supera da SENAD e da plataforma UNASUS;

pelo projeto “Caminhos do Cuidado” do Ministério da Saúde e também pela Escola de Saúde Pública em Belo Horizonte.

Uma parte dos entrevistados (31%) relatou que não recebeu nenhuma capacitação ou treinamento no CAPS ad. Geralmente os próprios profissionais procuram se capacitar individualmente. Um psicólogo esclareceu que embora a instituição não ofereça capacitações no momento, considera que existe certo incentivo quando o funcionário é liberado para participar de cursos de extensão e formação durante seu horário de trabalho. No relato seguinte, um psicólogo esclarece que o conhecimento é adquirido nas discussões realizadas na reunião e nas trocas informais com outros profissionais da equipe.

*“Capacitação não é realizada não né. É... cada um buscando por si assim sabe. Eu, por exemplo, faço minha supervisão por fora, a gente aprende muito nas reuniões clínicas que tem né... é... através da discussão do caso, no dia a dia mesmo, ali nas passagens de plantão a gente tá discutindo entre equipe sobre os casos, o que fazer, os manejos e tudo mais. Agora, capacitação assim, que a empresa tem oferecido não, isso aí cada um busca por fora, a seu próprio critério” (P 15).*

Grande parte dos participantes (61,5%) declarou que o CAPS ad do qual fazem parte nunca teve supervisão clínica ou institucional. Dois participantes (15,4%) relataram que a equipe do CAPS ad em que atuam já recebeu supervisão clínica de orientação psicanalítica e outros dois psicólogos declararam que a equipe tem recebido supervisão no momento, também de viés psicanalítico. Um participante mencionou ainda que o CAPS da qual faz parte recebe supervisão, mas que é apenas institucional.



*“Então, em relação à capacitação, a prefeitura não disponibiliza nenhuma verba, né. Como a nossa equipe está muito reduzida né, e desgastada né, fisicamente e mentalmente, porque a sobrecarga de trabalho é muito grande... Então assim, nós conseguimos uma verba pra gente ter um processo de supervisão. Mas esse processo de supervisão é mais direcionado pra... pras questões interpessoais do trabalho né, pra questões de doenças que podem levar a comorbidades ocupacionais” (P 7).*

Foi verificado, portanto, que o investimento na educação permanente das equipes no CAPS ad é deficitário, visto existirem poucas iniciativas de capacitação das instituições, principalmente a respeito de ferramentas para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas. Observa-se que são priorizadas discussões a respeito das políticas públicas e as práticas são direcionadas basicamente pela política de saúde mental e pela Redução de Danos.

Na pesquisa realizada pelo CFP em 2009, sobre a atuação de psicólogos em CAPS, foi apontada a necessidade de cursos de formação continuada, treinamento, espaços de discussão e supervisão de equipes. Em vários estudos com equipes de saúde mental, fica evidente que não há uma preocupação por parte das gestões em investir na formação continuada dos funcionários (Alves, Dourado & Côrtes, 2013; Cantele, Arpini & Roso, 2001; Anjos Filho & Souza, 2017; Abuhab, Santos, Messemberg, Fonseca & Silva, 2005).

Souza (2010) ressalta que a formação do profissional de saúde ainda está voltada principalmente para práticas de reabilitação e que na área de álcool e outras drogas essa formação ainda é deficitária. Em relação à inserção da TCC, a autora destaca que na América Latina suas estratégias apresentam-se ainda restritas aos centros universitários e ao setor privado, pois a Psicanálise continua a ser a abordagem mais proeminente nos serviços de saúde, apesar do seu evidente contrasenso com a política atual.

A formação na graduação, por sua vez, tem produzido um modelo hegemônico de atuação profissional clínico liberal privatista, com base na psicoterapia individual psicanalítica. Esse modelo acaba sendo transposto para a saúde pública, o que leva a um distanciamento do social e à formação de uma barreira às práticas interdisciplinares colaborativas e flexíveis (Dimenstein, 2000).

No entanto a prática em saúde mental exige do trabalhador uma atuação crítica, reflexiva e compromissada, com uma visão abrangente dos aspectos sociais e políticos e conhecimento teórico que embasa suas intervenções. Os profissionais inseridos na saúde mental precisam de capacitações capazes de suprir as lacunas da graduação (Alves, Dourado & Côrtes, 2013).

Conforme Souza (2010), as estratégias de base cognitivo-comportamental são adequadas à saúde pública e podem ser incorporadas por qualquer profissional de saúde. Em contraste com as abordagens psicodinâmicas que não apresentam evidências disponíveis, a TCC apresenta protocolos, o que facilita sua aplicação e avaliação de resultados terapêuticos (Souza, 2010).

Lobosque (2006) destaca que é necessário investir na formação continuada dos trabalhadores oferecendo cursos periódicos, constituindo grupos de estudo e seminários regulares. Conforme Cantele, Arpini e Roso (2012), as supervisões clínico-institucionais são estimuladas pelo Ministério da Saúde como estratégias de qualificação permanente e devem fomentar discussões de casos clínicos, levando conta o contexto institucional, ou seja, o serviço, a gestão e a política pública. Esse investimento é fundamental na saúde mental, pois os processos de mudança são contínuos, exigindo uma reavaliação permanente da prática profissional.

Apesar das instituições das quais os participantes fazem parte desenvolverem poucas iniciativas em relação à capacitação e treinamento da equipe, mais da metade dos entrevistados (56,25%) considera-se capacitado para prestar assistência a usuários de álcool e outras drogas.

Entre eles, três participantes (18,7%) ponderaram que deveria haver mais investimento em capacitação pelo CAPS ad. Alguns (18,7%) avaliaram que podem se capacitar mais e dois (12,5%) consideraram que estão em aprimoramento.

Apenas um participante relatou que ainda precisa melhorar muito, mas aponta falhas que se referem às políticas públicas e não à sua atuação.

*“Aí já é outra questão né. Eu acho que... ainda tenho muito que melhorar. Eu acho que as políticas públicas impactam de modo direto no nosso trabalho, então eu acho que as políticas públicas para álcool e outras drogas ainda têm muito que avançar, o atendimento ao usuário é... o que contempla o atendimento ao usuário ainda tem muito o que melhorar, muita discussão em rede, sabe?” (P 15).*

Outro participante fez uma comparação entre seu papel como técnico de referência e psicólogo e sente melhor preparado na primeira função: *“É... quando se parte... É difícil de falar, não sei como separar. Como técnica de referência eu me sinto muito mais preparada, do que a psicologia em si”*(P 11).

Mais da metade dos participantes se considera capacitado, independentemente da reduzida oferta de investimento profissional pela instituição. Para suprir esse déficit, muitos buscam qualificação por conta própria, a fim de ampliar seu conhecimento e a qualidade do serviço prestado. Essa atitude também foi verificada em funcionários de um CAPS II e de um CAPS ad em Petrolina (Alves, Dourado & Côrtes, 2013). O investimento individual dos trabalhadores em cursos de aperfeiçoamento e especialização na área de saúde mental sugere que há envolvimento com o trabalho desempenhado. No entanto, a falta de investimento do serviço em educação permanente gera insatisfação e falta de percepção de suporte organizacional (Alves, Dourado & Côrtes, 2013).

Por fim foi verificado o nível de satisfação em trabalhar em CAPS ad e de acolher usuários de álcool e outras drogas. A grande maioria (80%) dos colaboradores se sente muito satisfeito em trabalhar com esse público, um (6,7%) se sente satisfeito e dois (13,4%) se sentem razoavelmente satisfeitos.

Em relação ao trabalho em CAPS, poucos profissionais (33,4%) se consideraram muito satisfeitos. Mais da metade (56,25%) se considera satisfeito, mas entre eles alguns (40%) apontaram algumas limitações presentes no contexto do CAPS ad referentes à gestão e organização do serviço; vínculo empregatício; estrutura física do CAPS ad e falta de segurança e de recursos de trabalho. Apenas um profissional (6,7%) declarou ter restrições quanto ao trabalho em CAPS devido a problemas de infraestrutura gerados por negligência política.

*“Quanto ao serviço do CAPS eu tenho restrições. É uma negligência política muito grande. Investimento, suporte... A valorização é muito precária, muito precária mesmo. Poderia ser bem melhor e está muito distante do que poderia ser e o fato principal é negligência política mesmo. Isso afeta diretamente nossa prática” (P 2).*

Pode-se observar que a satisfação de trabalhar em CAPS é menor que a satisfação de prestar assistência a usuários de álcool e outras drogas, provavelmente devido às limitações do trabalho nesse contexto relatadas pelos profissionais. Vários estudos apontam precarizações presentes nos CAPS que têm influência nos resultados terapêuticos de trabalho e no enfraquecimento da motivação e envolvimento da equipe.

As maiores dificuldades verificadas nesses estudos se referem à estrutura do espaço físico do CAPS; falta de recursos materiais; equipe reduzida e grande demanda de atendimento; alta rotatividade de profissionais; baixo investimento em capacitação dos trabalhadores e falta

de supervisão institucional (Milhomem & Oliveira, 2007; Alves, Dourado & Côrtes, 2013; Filizola, Milioni & Pavarini, 2008; Abuhab et al, 2005; Anjos Filho e Souza, 2017).

#### **4.8 Considerações**

O número de psicólogos encontrados que empregam estratégias de base cognitivo-comportamental em CAPS ad não foi reduzido (56%), no entanto, apenas metade dos participantes incluídos no estudo possuem formação ou especialização em TCC e acesso a supervisão e psicoterapia com psicólogo cognitivo-comportamental.

A falta de conhecimento aprofundado dos métodos ficou aparente na descrição das intervenções empregadas, demonstrando que alguns participantes que se definiram como “cognitivo-comportamentais”, na verdade têm ciência apenas de algumas técnicas cognitivas e não as empregam regularmente em sua prática no CAPS ad.

Por outro lado, abordagens como Prevenção de Recaída e Entrevista Motivacional foram adotadas por psicólogos de outras linhas teóricas, com as quais tiveram contato por meio do curso Supera/SENAD, em que foi despertado o interesse pela inclusão das mesmas em seu repertório clínico.

Alguns profissionais apresentaram ideias controversas em relação a TCC e a Redução de Danos, sobretudo em relação ao enfoque na abstinência. Para estes entrevistados a RD excluiria a abstinência como objetivo, sendo que na verdade a redução deve ser proposta nos casos em que o cliente não se apresenta motivado ou não consegue interromper o uso da substância. O modelo de Prevenção de Recaídas e a Entrevista Motivacional apresentam estreita afinidade com a lógica da Redução de Danos.

Foi constatado que os psicólogos que atuam em CAPS ad desempenham diversos papéis entre sua prática clínica, o que é somado aos desafios referentes à falta de infraestrutura da

instituição, falta de investimento em capacitação e grande demanda de atendimento em tempo reduzido. Apesar dessas limitações, que também estão presentes em outros serviços de saúde pública, foram relatados diversos resultados positivos do emprego das abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS ad, que correspondem aos resultados verificados em revisões sistemáticas.

A não priorização do atendimento psicológico individual no CAPS não inviabiliza o uso da TCC e de seus protocolos no CAPS ad, pelo contrário, o emprego de protocolos possibilita uma aplicação objetiva e breve, com número limitado de sessões, podendo ainda ser aplicado em grupo. Além disso, os atendimentos individuais e em grupo estão entre as atividades que devem ser desenvolvidas no CAPS ad, conforme a portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2012.

O diálogo entre profissionais de abordagem teórica diferente, de forma geral, foi considerado positivo e a maioria das instituições parece não querer impor uma disciplina teórica. No campo dos estudos e discussões presentes no CAPS, carece de capacitações a respeito de ferramentas para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas. Observa-se que são priorizadas discussões a respeito das políticas públicas e as práticas são direcionadas basicamente pela política de saúde mental e pela Redução de Danos.

Quando os estudos envolvem questões clínicas, a psicanálise continua se apresentando como referência, principalmente quando o CAPS dispõe de supervisão clínico-institucional que envolve supervisores psicanalistas. O embasamento teórico que dá suporte às práticas no CAPS possui ênfase político-ideológica que procura garantir que o CAPS funcione de forma diversa aos modelos manicomial anteriores, mas não reflete se as estratégias terapêuticas estão contribuindo para que os usuários alcancem os objetivos de seus projetos singulares.

Os trabalhadores de saúde mental são peças-chave no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no CAPS ad e precisam ser capacitados com abordagens que possibilitem maior

alcance de resultados e maior cobertura dos usuários com dependência de substâncias psicoativas. É necessário refletir a respeito dos resultados alcançados pelas abordagens que têm sido empregadas nos CAPS ad. Como as abordagens psicodinâmicas não são passíveis de uma padronização de modo que viabilize avaliação de seus resultados, estes acabam não apresentando evidências disponíveis .

Este estudo apresenta algumas limitações devido a impossibilidade de visita à todos os CAPS ad dos quais os participantes fazem parte, sendo a maioria das entrevistas realizadas por skype ou telefone. Também não foi possível contato com todos os psicólogos que fazem parte das equipes dos serviços participantes, o que pode ter contribuído para que algum profissional que empregue abordagens cognitivo-comportamentais não tenha sido incluído no estudo. Metodologias como estudos observacionais e uso de diários de campo acrescentariam maior profundidade e validade aos resultados.

A avaliação da efetividade das intervenções na saúde mental é imprescindível no planejamento das políticas públicas de álcool e outras drogas, principalmente no que se refere ao direcionamento de recursos financeiros. Espera-se que este estudo contribua para o reconhecimento da necessidade de tratamentos baseados em evidência e ampliação da adoção das intervenções cognitivo-comportamentais na saúde pública e sobretudo nos CAPS ad.

#### **4.9 Referências**

- Abuhab, D., Santos, A. B. A. P., Messemberg, C. B., Fonseca, R. M. G. S. & Silva, A. L. A (2005). O Trabalho em Equipe Multiprofissional no CAPS III: um desafio. Porto Alegre: *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26 (3), 369-380.
- Alves, H. M. C., Dourado, L. B. R. & Côrtes, V. N. Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18 (10), 2965-2975.

- Alves, S. D. C. O. (2016). Competências do terapeuta cognitivo-comportamental. *Revista Psicologia em Foco*, 8(12), 51-66.
- Anjos Filho, N. C. & Souza, A. M. P. (2017). A percepção sobre o Trabalho em Equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Botucatu, *Interface*, 21(60), 63-76. DOI: 10.1590/1807-57622015.0428
- Arias, A. J. & Kranzler, H. R. (2008). Treatment of co-occurring alcohol and other drug use disorders. *Alcohol Res Health*, 31(2), 155-167.
- Azevedo, C. F. (2015). Manejo do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas na Perspectiva da Entrevista Motivacional. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70.
- Beck, J.S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse: Theoretical Rationale*. In: Newman: Onken, L.S., Blaine, J.D. & Boren, J.J (1993). *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence*. Rockville: NIDA Research Monograph.
- Bello, L.A. (2015). Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. In: Ronzani, T.M., Costa, P.H.A., Mota, D.C.B. & Laport, T.J. (2015). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez.
- Bourguignon, L. N., Guimarães, E. D. S. & Siqueira, M. M. d. (2010). A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS AD do Espírito Santo. *Cogitare enferm*, 15(3), 467-473.
- Cantele, J., Arpini, D. M. & Roso, A. (2012). A Psicologia no Modelo Atual de Atenção à Saúde Mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32 (4), 910-925.



- Cantele, J. & Arpini, D. M. (2016). Resignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1): 78-89. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001542014>.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. & Onken, L. S. (2001). A Stage Model of Behavioral Therapies Research: Getting Started and Moving on From Stage I. *Clinical Psychology: Science*.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse*, 49(5), 492-512.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). Práticas Profissionais dos Psicólogo (as) nos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas.
- Costa, Mota, Cruvinel, Paiva, Gomide... & Ronzani (2015). Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. *Interface*, 19 (53), 395-404. DOI: 10.1590/1807-57622014.0607
- Costa-Rosa, A. (2013). Atenção Psicossocial Além da Reforma Psiquiátrica: contribuições à uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: Editora Unesp.
- Cottraux, J. & Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão de terapia cognitivo-comportamentais para profissionais de saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3 (1), 54-72. DOI: 10.5935/1808-5687.20070006
- Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (2010). Presidência da República, Casa Civil. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Obtido em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)
- Dobson, D. & Dobson, K.S. (2011). A Terapia Cognitivo-comportamental Baseada em Evidências. Porto Alegre: Artmed.

- Dimenstein, M. (2000). A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Dutra, P. D., Georgia Stathopoulou, M. A., Shawnee L. Basden, M. A., Teresa M. Leyro, B. A., Mark B. Powers, P. D. & Michael W. Otto, P. D. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06111851.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, 32 (78,79,80), 18-26.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. Belo Horizonte, *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Filizola, C. A. L., Milioni, D. B. & Pavarini, S. C. I. (2008). A Vivência dos Trabalhadores de um CAPS diante da Nova Organização do Trabalho em Equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (2), 491-503. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>
- Fischer, B., Blanken, P., Da Silveira, D., Gallassi, A., Goldner, E. M., Rehm, J. ... & Wood, E. (2015). Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: a comprehensive narrative overview of English-language studies. *Int J Drug Policy*, 26(4), 352-363. doi:10.1016/j.drugpo.2015.01.002
- Fontanella, B. J. B, Ricas & J. Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Garland, E. L. & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addict Sci Clin Pract*, 13. doi:10.1186/s13722-018-0115-3.
- Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2), 112.

- Kantorski, L. P., Lisboa, L. d. M. & Souza, J. d. (2005). Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 1(1), 0-0.
- Knapp, Paulo & colaboradores (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P., Luz, Jr. Ernani & Baldisserotto, G.V. (2011). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Rangé, Bernard. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Artmed.
- Lee, N. K., Pohlman, S., Baker, A., Ferris, J. & Kay-Lambkin, F. (2010). It's the thought that counts: craving metacognitions and their role in abstinence from methamphetamine use. *J Subst Abuse Treat*, 38(3), 245-250. doi:10.1016/j.jsat.2009.12.006.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E. & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>.
- Lhullier, L. A. (2013). *Quem é a Psicóloga Brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho*. Conselho Federal de Psicologia, Brasília.
- Liese, B. S. & Franz, R.A. (2012). Tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias com a Terapia Cognitiva: lições aprendidas e implicações para o futuro. In: Salkovskis, P. M. (2012). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Lobosque, A. M. (2007). *Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que Queremos por uma Clínica Antimanicomial*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Logan, D. E. & Marlatt, G. A. (2010). Harm Reduction Therapy: A Practice-Friendly Review of Research. *J Clin Psychol*, 66(2), 201–214. doi:10.1002/jclp.20669.
- Magill, M. & Longabaugh, R. (2013). Efficacy combined with specified ingredients: a new

- direction for empirically supported addiction treatment. *Addiction*, 108(5), 874-881. doi:10.1111/add.12013.
- Marlatt, G. A., Blume, A. W. & Parks, G. A. (2001). Integrating Harm Reduction Therapy na substance abuse Treatment. *Journal off Psychoactives Drugs*, 33(1), 13. doi: 10.1080/02791072.2001.10400463.
- Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (2009). Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. São Paulo, Artmed.
- Martins, T. D. (2011). Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento do abuso de Benzodiazepínicos.
- Massanaro, H. H. M. A. (org) (2013). Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Conselho Federal de Psicologia, Brasília.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A. & Otto, M. W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin North Am*, Sep, 33(3), 511–525.
- McGovern, M. P. & Carroll, K. M. (2003). Evidence-based practices for substance use disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 991.
- Melo, D. C. & Borges, F. G. A. (2008). O papel do psicólogo comunitário: análise de uma intervenção e propostas de atuação. Em 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica, Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em <https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/SA08-20362.PDF>
- Ministério da Saúde. (2004). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, Brasília.
- Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília.
- Morandi, M. & Guimarães, L. P. (2015). Intervenções Cognitivo-Comportamentais no

- Tratamento das Dependências Químicas. *Id on Line Revista de Psicologia*, 9(25), 203-216.
- National Institute on Drug Abuse (2012). Principles of Drug Adicction Tratament: a research-based guide. *Third Edition, National Institute of Health, US Department of Health and Human Services*.
- Peterson, J., Mitchell, S. G., Hong, Y, Agar, M. & Latkin, Carl (2006). Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. Rio de Janeiro, *Caderno de Saúde Pública*, 22(4), 733-740.
- Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002 (2002). Brasil, Ministério da Saúde. Obtido em 9 de dezembro, 2018, recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Rabelo, J. L., Rivelli, M. R. N & Simões, W. M. B (2011). Os dispositivos da Clínica e as Redes de Atenção à Saúde no Enlace de um Caso Clínico de Saúde Mental. *CliniCAPS*, 5(13).
- Rangé, B. P., Falcone, E. M. O. & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, 3(3).
- Rawson, R. A., & Clark, N. (2017). Interventions for the management of substance use disorders: an overview. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(3).
- Romanini, M., Pereira, A. S. & Dias, A. C. G. (2016). Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 11(1), 115-132.
- Roggi, P. M.S., Gama, M. F. N., Neves, F. S., & Garcia, F. (2015). Update on treatment of craving in patients with addiction using cognitive behavioral Therapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(5).
- Santos, E. G. D. (2010). O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo. Dissertação de mestrado, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo.

- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, Á., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C. ... & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema* (Oviedo), 23(1), 107-113.
- Silva, C. J. (2013). A dependência química e o modelo cognitivo de Aaron Beck. Zanelatto, N. A. & Laranjeira, R. O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, S. S., Pereira, R. C. & Aquino, T. A. A. A. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental no Ambulatório Público: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, João Pessoa, 7 (1), 44-49.
- Souza, I.C.W. (2010). O Profissional da APS e as Substâncias de Abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais.
- Souza, I. C. W., Ronzani, T. M., Gomide, H. P. & Vasques F. (2012). Cognitive Behavioural Therapy in Brazil. In: Farooq Naeem & Kingdon, D. G. (2012). *Cognitive Behavior Therapy in Non-Western Cultures*. Nova Science.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram encontrados apenas cinco estudos relatando emprego de estratégias cognitivo-comportamentais em CAPS ad, apesar da extensa literatura destacando essas abordagens como intervenções baseadas em evidência científica para uma ampla gama de substâncias. Na maioria destes estudos estas ferramentas foram empregadas em grupo, utilizando um protocolo sistematizado de PR associado a TCC, EM e THS.

A respeito do estudo com psicólogos que atuam em CAPS ad empregando abordagens cognitivo-comportamentais foi constatado que estes desempenham diversos papéis entre sua prática clínica, o que é somado aos desafios referentes à falta de infra-estrutura da instituição, falta de investimento em capacitação e grande demanda de atendimento em tempo reduzido. Apesar dessas limitações foram relatados diversos resultados positivos do emprego das abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS ad.

Os participantes do estudo não conhecem e não empregam protocolos para tratamento de dependência de drogas nos CAPS ad e muitos relataram que a não priorização do atendimento psicológico individual nestes serviços inviabiliza a adoção destes. No entanto, a incorporação de protocolos possibilitaria uma aplicação objetiva e breve, sistematizando as intervenções e funcionando como uma diretriz para os profissionais. Bem como, tornaria viável a avaliação dos resultados alcançados, o que é uma necessidade na saúde pública.

No campo dos estudos e discussões presentes no CAPS ad, carece de capacitações a respeito de ferramentas para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas e as práticas são direcionados basicamente pela política de saúde mental e pela Redução de Danos. A psicanálise continua se apresentando com uma referência, apesar de não apresentar evidências disponíveis de seus resultados.

As estratégias cognitivas e comportamentais são adequadas a saúde pública e compatíveis com a política de Redução de Danos, porque colocam forte ênfase na colaboração,

empatia, respeito, reconhecimento das diferenças individuais e atenção às crenças pessoais. Ademais apresentam várias vantagens a favor de sua adoção como referência para o tratamento de substâncias psicoativas na política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, assim como já ocorre no Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde no Brasil

A falta da adoção de abordagens baseadas em evidência científica pode afetar negativamente a assistência prestada, impossibilitando uma efetiva reabilitação psicossocial dos usuários, gerando cronificação e alto índice de abandono. Apesar dos CAPS ad serem os principais serviços de atendimento a pessoas com transtornos relativos ao uso de álcool e outras drogas que integram a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, há poucas informações sobre sua avaliação do ponto de vista metodológico, tampouco evidências de pesquisa sobre sua eficácia e/ou efetividade.

Desse modo, torna-se fundamental uma reflexão crítica e avaliação, com métodos baseados em evidência, das metodologias de tratamento empregadas na atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas no Brasil. Espera-se que este estudo contribua para o reconhecimento da necessidade de tratamentos baseados em evidência e ampliação da adoção das intervenções cognitivo-comportamentais na saúde pública e sobretudo nos CAPS ad. É necessário avançar no desenvolvimento de instrumentos de políticas públicas que permitam a difusão de boas práticas de intervenções comprovadamente custo-efetivas e acessíveis a população.



## 6 REFERÊNCIAS

- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Rio de Janeiro, *Caderno de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Gary, E. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Chebli, J. L., Blaszczynski, A. & Gainsbury, S. M. (2016). Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *J Gambl Stud*, 32(4), 1279-1304. doi:10.1007/s10899-016-9599-5.
- Ezard, N., Hodge, S. & Dolan, K. (2015). The development and evaluation of stimulant treatment programmes. *Curr Opin Psychiatry*, 28(4), 280-285. doi:10.1097/ycp.000000000000173.
- Kooling, N. M., Petry, M. & Melo, W. V. (2011). Outras Abordagens no Tratamento da Dependência do Crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Porto Alegre, 7(9), 7-14.
- Lei nº. 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2002; 14 jan.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., Otto, M. W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin*, North Am, Sep, 33(3), 511–525.
- Presidência da República (1976). Lei nº. 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Obtido em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm)

Presidência da República (2002). Lei nº. 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Obtido em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10409.htm)

Vieira, Juliani, Padoim & Terra. (2011). Produções Científicas da Área da Saúde sobre o Alcoolismo e Recaída: uma revisão narrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 3(3).

## ANEXO 1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "A Terapia Cognitivo-comportamental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: um estudo exploratório". Nesta pesquisa pretendemos conhecer o trabalho dos psicólogos que usam abordagens cognitivas e comportamentais, para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad). O motivo que nos leva a estudar este tema é a observação de que as terapias cognitivas e comportamentais têm se mostrado, pela sua brevidade e objetividade, como uma valiosa ferramenta na contribuição da atuação do psicólogo na Saúde Pública e têm sido amplamente utilizadas no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. Contudo, observa-se que existem poucos estudos sobre Saúde Mental e CAPS que se orientam em referenciais teóricos diferentes da abordagem da Psicanálise, assim como faltam pesquisas que apresentem o trabalho de psicólogos cognitivo-comportamentais que atuam em CAPS, investigando os resultados e desafios encontrados por estes profissionais. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Se o senhor(a) aceitar colaborar com essa pesquisa, será convidado(a) a participar de uma entrevista que poderá ser presencial, via skype ou por telefone. Nesta entrevista, serão solicitados dados sociodemográficos (sexo, idade, religião, escolaridade, classe socioeconômica), de atuação no trabalho (vínculo empregatício, carga horária, tempo de atuação na instituição, etc.) e sobre as estratégias cognitivas e comportamentais (características, metas, modos de desenvolvimento do trabalho, limitações e desafios do tratamento). Para que esta entrevista seja gravada, será solicitado seu consentimento prévio. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Embora ela não traga benefícios diretos ao participante, a pesquisa poderá contribuir para o conhecimento do uso de estratégias cognitivas e comportamentais no tratamento de dependência de álcool e outras drogas no CAPS ad, assim como os resultados e limitações percebidos pelos profissionais. Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar, uma vez que todos os dados dos participantes serão tratados de forma conjunta, não sendo divulgados resultados individuais. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA/UFJF)** e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa "A Terapia Cognitivo-comportamental no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: um estudo exploratório", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**ANEXO 2- Roteiro de entrevista estudo piloto**

1. Iniciais:
2. Local de Trabalho:
3. Idade:
4. Sexo:
5. E-mail:
6. Telefones:
7. Vínculo empregatício:
8. Carga horária:
9. Tempo em que atua na instituição:
10. Ano e instituição de formação:
11. Tem experiência anterior em atuação em CAPS? (Se sim, onde foi e qual o tempo de experiência).
12. Tem experiência anterior com tratamento de usuários de álcool e outras drogas? (Se sim, onde foi e qual o tempo de experiência).
13. Tem cursos de formação e/ou especialização? Em quais áreas?
14. Tem capacitações na área de dependência de álcool e outras drogas? Cite.
15. Quais estratégias cognitivas e comportamentais você utiliza para tratamento no CAPS?
16. Quais recursos terapêuticos (atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento a familiares, oficinas, visitas domiciliares, etc.) você utiliza para tratamento?
17. O tratamento utilizado tem como objetivo abstinência ou redução de danos?
18. Quais resultados encontrados no uso dessas abordagens? Elas são úteis, adequadas para este público e para utilização no modelo do CAPS ad?
19. Se fosse em outro contexto você faria diferente?
20. Você observa limitações no emprego dessas estratégias no contexto do CAPS? Quais limitações?
21. Existem diversidades de uso de referenciais teóricos pelos profissionais do CAPS? Existem divergências e/ou conflitos entre os profissionais nesse sentido?
22. A equipe realiza discussões de caso clínico ou grupos de estudo sobre orientação de base cognitivo-comportamental?
23. As capacitações e supervisões clínico-institucionais, quando existem, seguem qual orientação teórica?
24. Qual o seu nível de satisfação em atender usuários com problemas relacionados a álcool e outras drogas?
25. Você se sente preparado(a)/capacitado(a) para atender este público?
26. Na sua opinião, o que explicaria a baixa prevalência de psicólogos que usam abordagens cognitivas e comportamentais em CAPS?

**ANEXO 3 – Questionário sócio demográfico**

1. Iniciais:
2. Local de Trabalho:
3. Idade:
4. Sexo:
5. Religião:
6. Vínculo empregatício:
7. Carga horária:
8. Tempo em que atua na instituição:
9. Ano e instituição de formação:
10. Tem experiência anterior em atuação em CAPS? (Se sim, onde foi e qual o tempo de experiência).
11. Tem experiência anterior com tratamento de usuários de álcool e outras drogas? (Se sim, onde foi e qual o tempo de experiência).
12. Tem cursos de formação e/ou especialização? Em quais áreas?
13. Tem formação ou especialização em Terapia cognitivo-comportamental ou em outra abordagem comportamental?
14. Tem capacitações na área de dependência de álcool e outras drogas? Cite.?
15. Você tem ou já teve supervisão na abordagem cognitivo e/ou comportamental? Por quanto tempo?
16. Faz ou já fez psicoterapia de abordagem cognitiva e/ou comportamental? Por quanto tempo?

## **ANEXO 4 – Roteiro de entrevistado modificado**

### **Parte I: Desenvolvimento do trabalho com a Terapia Cognitivo-comportamental**

1. Quais estratégias cognitivas e comportamentais você utiliza para tratamento no CAPS. Explique.
2. Você conhece os protocolos utilizados pela TCC para tratamento de dependência de drogas? Você considera possível emprega-los no CAPS?
3. Quais recursos terapêuticos (atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento a familiares, oficinas, visitas domiciliares, etc.) você utiliza para tratamento?
4. Qual o tempo de duração aproximado das sessões individuais e em grupo?
5. O tratamento tem como objetivo abstinência ou redução de danos?
6. Quais resultados encontrados no uso dessas abordagens? Elas são úteis, adequadas para este público e para utilização no modelo do CAPS AD?
7. Você observa limitações no emprego dessas estratégias no contexto do CAPS? Quais limitações?
8. Se fosse em outro contexto você faria diferente?

### **Parte II: Referenciais teóricos empregados no CAPS ad**

9. Existe diversidade de referenciais teóricos empregados pelos profissionais do CAPS? Como é o diálogo entre as abordagens diferentes?
10. Existe critério para encaminhamento psicológico quando os psicólogos têm abordagens diferentes? Existe escolha de abordagem de acordo com o perfil do usuário, por exemplo?
11. Existe algum espaço para discussão de casos clínicos? Essas discussões são orientadas por algum referencial teórico? Qual?

### **Parte III: Treinamento e capacitações do profissional**

12. A equipe do CAPS recebeu algum treinamento ou capacitação para tratamento de dependência de álcool e outras drogas?
13. Ocorrem capacitações, grupos de estudo e/ou o CAPS recebe supervisão clínico - institucional? São orientados de acordo com algum referencial teórico? Qual?  
Todos os participantes responderam
14. Você se sente preparado (a) /capacitado (a) para tratar usuários de álcool e outras drogas?

### **Parte IV: Motivação no trabalho**

15. Qual o seu nível de satisfação em atender usuários com problemas relacionados a álcool e outras drogas?
16. Qual seu nível de satisfação em trabalhar em CAPS?

## ANEXO 5 - Quadro de categorização vertical

<b>Tabela de categorização</b>					
<b>1 – Estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento no CAPS</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Técnicas comportamentais	23		Técnicas de relaxamento	4	25
			Programação e monitoração de atividades	1	6,25
			Ensaio comportamental	1	6,25
			Distração	3	18,75
			Manejo da ansiedade	1	6,25
			Modelagem do comportamento	1	6,25
			Seta descendente	1	6,25
			Roleplay/dramatização	2	12,5
			Cartão de enfrentamento	1	6,25
			Checagem do humor	4	25
			Manejo da fissura	1	6,25
			Tarefas de casa	3	18,75
			TCC	19	
Monitoramento de pensamentos automáticos	2	12,5			
Reestruturação cognitiva	10	62,5			
Psicoeducação	4	25			
Questionamento socrático	2	12,5			
Prevenção de recaída	11	68,75	Menciona somente o trabalho da motivação	1	12,5
Entrevista Motivacional	8	50	Assertividade	1	20
			Resolução de problemas	2	40
			Não especificou	2	40
Treinamento de habilidades sociais	5	31,25	Aceitação e Compromisso	1	25
			Mindfulness	2	50
			Terapia analítico-funcional	1	25
TCC de Terceira Geração	4	25			
Manejo de Contingências	2	12,5			
Intervenção Breve	2	12,5			
Total	16 **	100		***	***
<b>2 - Uso de protocolos</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Não conhece	7	54	Não conhece especificamente, mas acredita que a estruturação de sessões não funciona, devido à dinamicidade dos casos de álcool e outras drogas	1	14,28

			Não aplica porque não faz atendimento psicológico	1	50
Entende como técnicas ou instrumentos	2	15,4	Encontra dificuldade diante do número de pacientes e o tempo da sessão	1	50
Entende como referência de livros	2	15,4	Aplica-se perfeitamente	1	100
Conhece	1	7,7	Não acha prático	1	100
# Não foi perguntado	3				
Não responde se conhece	1	7,7			
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>		<b>*</b>	<b>*</b>

### 3 - Recursos terapêuticos utilizados

Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Atendimento individual	16	100	Pouco atendimento individual	2	12,5
Atendimento em grupo	13	81,25			
Visitas domiciliares	12	75	Pouco, mais busca ativa	1	8,33
			Visitas institucionais (hospitais, prisões)	2	16,66
Oficinas	4	25	Arteterapia	2	50
			Não especificou o tipo	1	25
			Oficina de cognição, motivação e psicomotricidade	2	50
Atendimento aos familiares	15	93,75	Em grupo	2	13,33
			Atendimento pontual	4	26,66
			Não especificou	8	53,33
			Reunião de familiares	1	6,66
Encaminhamentos para a rede de atenção	1	6,25			
Atividades extramuros	3	18,75			
Matriciamento	2	12,5			
Entrevista de acolhimento	8	50			
<b>Total</b>	<b>16</b> <b>**</b>	<b>100 **</b>		<b>***</b>	<b>***</b>

### 4 - Duração do atendimento individual e em grupo

Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
--------------------	---	---	------------------------	---	---



Realiza atendimento individual	16	100	Em torno de 15 - 20 minutos Em torno de 30,40 minutos Em torno de 1 hora, 50 minutos Em torno de 30 minutos Depende *Não responderam	1 6 1 4 1 3	6,25 37,5 6,25 25 6,25 18,75
Realiza atendimento em grupo	13	81,25	Em torno de 1 hora, 50 minutos Em torno de 2 horas e meia Em torno de 1 hora Em torno de 1 hora e meia *Não responderam	1 1 6 2 3	7,69 7,69 46,15 15,38 23,07
Não realiza atendimento em grupo	3	18,75			
Total	16 **	100 **		*	*

### 5 - Objetivo do tratamento

Categorias Globais	F	%	Categorias Específicas	F	%
Redução de danos	15	93,75	Leva em conta o desejo da pessoa, que muitas vezes quer a abstinência Na prática é voltado para abstinência Considera o objetivo do usuário ou do técnico de referência dele	3 1 1	20 6,7 6,7
Concilia a abstinência e a redução de danos	1	6,25			
Total	16	100%		*	*

### 6 - Resultados encontrados e adequação ao contexto público

Categorias Globais	F	%	Categorias Específicas	F	%
São adequadas	8	50			
Não respondeu	7	43,75			
Necessita de adaptações	1	6,25	Acha difícil com alguns pacientes	1	
Resultados	42		Maior compreensão do problema Apropriação das técnicas Prevenção de recaídas Maior tempo de abstinência Identificação de potencialidades Redução do consumo Melhora da autoestima Retorno ao mercado de trabalho Desenvolvimento de novas estratégias para lidar com sofrimento Melhora do convívio social Redução dos conflitos Melhora na qualidade de vida Alta do tratamento Reestruturação cognitiva	1 1 3 6 1 5 1 4 1 4 1 1 2 1	6,25 6,25 18,75 37,5 6,25 31,25 6,25 25 6,25 25 6,25 6,25 12,5 6,25

			Aumento da motivação/reconhecimento do estágio de motivação	2	12,5
			Redução de danos	1	6,25
			Melhora da relação familiar	2	12,5
			Manejo da fissura	1	6,6,25
			Autonomia	1	25
			Modelagem do comportamento	1	6,25
			Maior autocontrole	1	6,25
			Desenvolvimento de uma visão crítica do consumo	1	6,25
Total	16 **	100 **		***	***

**7 - Você observa limitações no emprego dessas estratégias no contexto do CAPS? Quais limitações?**

Categorias Globais	F	%	Categorias Específicas	F	%
Percebe limitações que não se referem às técnicas	8	50	Usuário não é assíduo ou interrompe o tratamento	1	12,5
			Falta de recursos materiais	2	25
			Profissionais de outras abordagens não compreendem a TCC	3	37,5
			Falta de capacitação para os profissionais	1	12,5
			Tempo reduzido das sessões e grande demanda	2	25
			Não é priorizada a psicoterapia, apenas acompanhamento como técnico de referência	1	12,5
Percebe limitações	4	25	Técnicas que envolvem escrita/registros	2	50
			Perfil e motivação do usuário	1	25
			Não compreensão do processo de psicoterapia, confusão com orientação do técnico de referência	1	25
Não percebe limitações	4	25	Não conhece bem a abordagem	1	25
			Mas acha que, dependendo do perfil do usuário, devem ser incluídas outras abordagens	1	25
Total	16	100		***	***

**8 - Se fosse em outro contexto você faria diferente?**

Categorias Globais	F	%	Categorias Específicas	F	%
Não faria diferente	6	43			
Não, mas adaptações	3	21,43	Mesma abordagem mais técnica	1	33,34
			Adaptaria ao perfil sociocultural do cliente	2	66,67
			No consultório trabalho mais refinado por ter mais tempo	1	33,34
Não responderam	2		No consultório particular seria adequada ao perfil socioeconômico do cliente	1	20
Sim	5	35,7	No consultório teria mais tempo	2	40
			No consultório particular o usuário não viria obrigado pela família	1	20
			No CAPS não é possível fazer psicoterapia	1	20
Total	14	100		*	*

<b>9 - Existem diversidades de uso de referenciais teóricos pelos profissionais do CAPS? Existem divergências e/ou conflitos entre os profissionais nesse sentido?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Existe diversidade de abordagens	14	87,50			
Não existe diversidade de abordagens	2	12,50	É o único psicólogo	1	50
			Todos os psicólogos seguem a mesma abordagem	1	50
Não existem conflitos	14	87,50	Presença de um bom diálogo	8	57,14
			Políticas de Saúde Mental como linguagem comum	2	14,28
			Psicólogo TCC tem discurso psicanalítico para ser compreendido pelos colegas psicanalistas	1	7,14
			Não tem diversidade de abordagens no serviço	2	14,28
Existem conflitos	2	12,50	Desdém dos outros profissionais pela TCC, pela falta de conhecimento	1	50
			Péssimo diálogo devido ao histórico marcado pela psicanálise. falta de espaço	1	50
Total	16 **	100 **		*	*
<b>10 - Existe critério para encaminhamento psicológico quando os psicólogos têm abordagens diferentes? Existe escolha de abordagem de acordo com o perfil do usuário, por exemplo?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Não existe	11	84,61	O usuário é acompanhado pelo técnico que fez seu acolhimento	6	45,45
			Apenas em alguns casos, de modo informal	1	9
			Pela disponibilidade de agenda do profissional	2	18,18
			Psicólogos do CAPS não fazem psicoterapia	1	9
			Não especificado	1	9
Existe	1	7,7			
Tem somente um psicólogo	1	7,7			
*Não foi perguntado	3				
Total	13	100		*	*
<b>11 - Existe algum espaço para discussão de casos clínicos? Essas discussões são orientadas por algum referencial teórico? Qual?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Sim. Reunião de equipe semanal	14	87,5	Cada profissional discute os casos conforme sua própria abordagem	6	42,85
			Predomina discurso da psicanálise	1	7,14
			Falta um foco. Referenciais teóricos são a psicologia social, psicanálise e políticas públicas de álcool e outras drogas	2	14,28
			Tem supervisor com base na psicanálise	2	14,28
			Não segue nenhuma abordagem teórica	3	21,42

Reunião com a RAPS	2	12,5	Abordagem políticas públicas de Saúde Mental e álcool e outras drogas Direcionamento dos casos	1 1	50 50
Total	16	100		*	*
<b>12 - A equipe do CAPS já recebeu algum treinamento ou capacitação para tratamento de dependência de álcool e outras drogas?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Equipe recebeu capacitação de outras instituições	7	54	Curso Supera da SENAD Cursos da plataforma UNASUS Projeto “Caminhos do Cuidado” Escola de Saúde Pública em BH	2 2 2 1	28,6 28,6 28,6 14,3
Já recebeu capacitação pelo CAPS ad (prefeitura)	3	23	Capacitação sobre temas diversos Reuniões com a RAPS; intercâmbio entre CAPS; fóruns de Saúde Mental Psicólogo contratado sobre o tema específico	1 1 1	33,34 33,34 33,34
Não tem capacitação no CAPS ad	4	31	O próprio psicólogo busca sua capacitação O serviço incentiva e libera para quem tiver interesse	3 1	75 25
* Não foi perguntado	3				
Total	13	100		*	*
<b>13 - Ocorrem capacitações, grupos de estudo e/ou o CAPS recebe supervisão clínico - institucional? São orientados de acordo com algum referencial teórico? Qual?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Não respondeu	1	6,25			
Não tem supervisão clínico - institucional	8	50			
Não tem capacitação/ grupo de estudos	4	25			
Tem supervisão clínica de base psicanalítica	2	12,5			
Tem supervisão institucional	1	6,25			
Já teve supervisão clínica psicanalítica	2	12,5			
Capacitação/grupo de estudos	5	31,25	Políticas públicas sobre álcool e outras drogas e Redução de Danos Redução de danos, sistema de registro de produção (RAAS) Funcionamento/tratamento em CAPS	1 1 1	20 20 20

			Capacitação sobre acolhimento realizada por estagiários de psicologia.	1	20
Total	16	100		*	*
<b>14 - Você se sente preparado(a)/capacitado(a) para tratar usuários de álcool e outras drogas?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Considera que pode se preparar mais	3	18,75	O serviço poderia fornecer mais capacitações	1	33,33
Se sente preparado	9	56,25	O serviço poderia fornecer mais capacitações	3	33,33
			Acredita estar fazendo um bom trabalho e continua se capacitando	1	11,11
Se sente mais preparada como técnica de referência	1	6,25			
Percebe que está aprimorando	2	12,5			
Acha que ainda precisa melhorar muito	1	6,25			
Total	16	100%		*	*
<b>15 - Qual o seu nível de satisfação em atender usuários com problemas relacionados a álcool e outras drogas?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Se sente satisfeito	1	6,25			
Se sente razoavelmente satisfeito	2	12,5			
Se sente muito satisfeito	12	75			
Não respondeu	1	6,25			
Total	16	100%			
<b>16 - Qual seu nível de satisfação em trabalhar em CAPS ad?</b>					
Categories Globais	F	%	Categories Específicas	F	%
Satisfeito	9	56,25	Faltam segurança e ferramentas suficientes	1	11,11
			Insatisfações com organização do serviço e gestão	3	33,33
			Limitações na estrutura física do CAPS	1	11,11
			Limitação no vínculo empregatício (OS)	1	11,11
Muito satisfeito	5	31,25			
Existem restrições (negligência política e falta de investimento e	1	6,25			

valorização do CAPS)					
Não respondeu	1	6,25			
Total	16	100%		*	*

\*As porcentagens das categorias específicas são em relação ao total de respostas das categorias globais as quais são correspondentes, não do total de respostas.

\*\* A resposta do mesmo participante pode se encaixar em mais de uma categoria.

\*\*\*As duas considerações acima se aplicam.