

LUCINÊ COSTA E SILVA

PREVENÇÃO DE RECAÍDA NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:  
Um estudo dos potenciais cognitivos aplicados

BELO HORIZONTE  
2012

LUCINÊ COSTA E SILVA

PREVENÇÃO DE RECAÍDA NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:  
Um estudo dos potenciais cognitivos aplicados

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicoterapias Cognitivas.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rute Velasquez

BELO HORIZONTE  
Faculdade de Medicina da UFMG  
2012

## SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
CAPÍTULO 1 - A DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....	9
1.1 - Aspectos neurofisiológicos das substâncias psicoativas .....	13
CAPÍTULO 2 - O MODELO COGNITIVO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS POR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	15
2.1- Abordagem de prevenção da recaída .....	21
CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM DE PREVENÇÃO DA RECAÍDA A PARTIR DE POTENCIAIS COGNITIVOS .....	27
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA.....	45
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	46
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51

## RESUMO

Este Estudo através de revisão bibliográfica teve como objetivo ampliar o campo de conhecimento sobre o tema prevenção de recaída, pesquisar e compreender a importância dos potenciais cognitivos na prevenção de recaída esperando qualificar métodos de atuação profissional na prática clínica do tratamento da dependência química. Para atingir este objetivo em primeiro momento foi apontado o cenário nacional referente ao uso de substâncias psicoativas voltado para o tratamento. Foi delimitando o conceito de dependência química e suas diretrizes diagnósticas classificadas pela Organização Mundial da Saúde. Com base na Teoria Cognitiva e Psicologia Cognitiva, apresenta o modelo cognitivo dos comportamentos aditivos e as implicações deficitárias nas cognições causadas pelo uso continuado destas substâncias. Levanta questionamentos quanto à manutenção da abstinência do uso de substâncias e a mudança do comportamento aditivo e apresenta a abordagem de prevenção da recaída elaborada pelos autores Marlatt & Gordon (1993) e Marlatt & Donovan (2009). Os potenciais cognitivos tais como a auto-eficácia, a tomada de decisão, a solução de problemas, a dissonância e a consonância cognitiva e as habilidades sociais foram detalhados, finalizando com a compreensão de que os potenciais cognitivos apresentados exercem influência positiva no processo de prevenção da recaída. Foi observado que as cognições tem papel relevante em todo o processo da dependência química, quer seja como fatores protetores para o desenvolvimento do transtorno ou para a evitação de recaídas após a instalação do transtorno. Os potenciais cognitivos aqui ressaltados foram alguns, do conjunto de cognições disponíveis aos indivíduos para lidar com as dificuldades cotidianas da vida, muitas delas inerentes ao ser humano.

Palavras chave: Dependência química; cognição; recaída; prevenção.

## ABSTRACT

This study through literature review aimed to broaden the scope of knowledge on the issue of relapse prevention, research and understand the importance of cognitive potential in preventing relapse, hoping to qualify methods of professional practice in the clinical treatment of addiction. To achieve this goal in the first moment he was appointed the national scene for the substance abuse services for treatment. He was outlining the concept of addiction and its diagnostic guidelines classified by the World Health Based on Cognitive Theory and Cognitive Psychology, presents the cognitive model of addictive behaviors and the implications in cognition deficit caused by the continued use of substances. Raises questions regarding the maintenance of abstinence from addictive behavior, and presents the approach to relapse prevention developed by the authors Marlatt & Gordon (1993) and Marlatt & Donovan (2009). The potential cognitive self-efficacy, decision making, problem solving, dissonance / consonance cognitive and social skills were ending with the detailed understanding of the cognitive potential shown positive influence in the process of relapse prevention. It was observed that the cognitions have an important role in the process of addiction, whether as protective factors for the development of the disorder or for the avoidance of relapses after the installation of the disorder. Potential cognitive highlighted here were some of the set of cognitions available to individuals to deal with the difficulties of everyday life, many of them inherent in the human.

Keywords: Substance abuse, cognition, relapse, prevention.

## INTRODUÇÃO

A experiência profissional da autora deste trabalho, em atendimento clínico no setor de psicologia à população usuária do serviço público da Superintendência Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas, na cidade de Betim ofereceu subsídios e motivação para a realização das investigações sobre o tema prevenção de recaída no contexto da dependência química.

No Brasil, a Política Nacional sobre Drogas (SISNAD, 2006) com a necessidade de garantir rigor metodológico nos assuntos relacionados à problemática de substâncias psicoativas e considerando os diversos setores políticos, sociais e científicos do país foi elaborado o relatório brasileiro sobre drogas visando agrupar os dados de pesquisas criando assim uma fonte unificada de informações do período compreendido entre 2001 e 2007.

Os dados do I e II levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil nos anos de 2001 e 2005 respectivamente agrupados neste relatório mostram uma estimativa de dependentes de álcool de 12,3% e de tabaco de 10,1% para a população geral brasileira, com idade entre 12 e 65 anos, residentes nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes. O uso de crack teve uma porcentagem de 0,7% para esta população. O uso diário de álcool, maconha ou cocaína foi considerado um risco grave para a quase totalidade da amostra. Nos dados por região desta mesma população, a região sudeste teve a maior porcentagem de uso na vida para cocaína de 3,7% (SENAD, 2010).

Segundo o estudo epidemiológico realizado em hospitais e clínicas do Brasil que internam casos relacionados ao uso de substâncias psicoativas entre o período de 1988 e 1999, foram analisadas 726.429 internações por transtorno mentais e de comportamento decorrentes destas substâncias. A pesquisa revelou que 90% destas internações foram relacionadas ao uso de álcool. Houve um aumento de 4,7% para 15,5% das internações provocadas pelo uso de outras

substâncias. A cocaína e seus derivados foram as substâncias cujas internações mais cresceram no período, passando de 0,8% para 4,6% (NOTO, *et al*, 2002).

Uma pesquisa realizada no município de Divinópolis, Minas Gerais, Brasil no período de 1998 a 2009 observou a evolução das internações psiquiátricas por álcool e outras drogas. As internações por uso e abuso de álcool e outras drogas corresponderam a 22,3% (751) das internações psiquiátricas totais na população de Divinópolis, sendo 48% (363) por álcool e 52% (388) por outras drogas (CAMPOS, 2011).

Estes dados epidemiológicos mostram a realidade do problema relacionado ao uso de substâncias psicoativas na sociedade, requerendo ações que visem à compreensão e amenização do problema. Recentemente o Ministério da Saúde conjuntamente com outras políticas sociais tem se manifestado com propostas e intervenções para o uso prejudicial de álcool e outras drogas por meio das ações previstas no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde instituído pela portaria nº 1190, de 04, de junho 2009 (PEAD – 2009-2010) que tem como finalidades ampliar o acesso ao tratamento e a prevenção no Sistema Único de Saúde, diversificar ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas capazes de enfrentar de modo sustentável a situação de vulnerabilidade, risco e exclusão social dos usuários, priorizando crianças, adolescentes e jovens nos 100 municípios com população superior a 250.000 habitantes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Com a finalidade de fortalecer as intervenções a Presidência da República através do decreto Nº 7.179 de 20 de maio de 2010 institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC) que tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre

políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, CASA CIVIL, 2010).

Além do ônus social, a dependência química também traz elevados custos financeiros para a sociedade. Segundo o Ministério da Saúde, os gastos com internações associadas ao uso de álcool no ano de 2001 tiveram um custo para o SUS de 60 milhões de reais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Estes dados apontam a necessidade de mais investigações científicas para compreensão deste fenômeno de acentuada complexidade por acarretar danos físico, social e psicológico aos indivíduos usuários chegando a uma representatividade social de uma magnitude que se faz necessária a mobilização de políticas públicas na busca de intervenções efetivas a fim de amenizar a problemática e, portanto de interesse multidisciplinar.

As condições clínicas, sociais e psicológicas agravadas pelo uso contínuo das substâncias psicoativas forma-se um ciclo vicioso levando o indivíduo a constantes recaídas e a múltiplos retornos ao tratamento gerando altos custos emocionais, sociais e financeiros. Neste ciclo as recaídas muitas vezes é fator de risco para abandono do tratamento.

Este trabalho, através de uma revisão bibliográfica, visa ampliar o campo de conhecimento sobre o tema prevenção de recaída, pesquisar e compreender a importância dos potenciais cognitivos na prevenção de recaída, esperando qualificar métodos de atuação profissional na prática clínica do tratamento da dependência química.

Em primeiro momento nesta monografia será apresentado o conceito atual de dependência química e suas implicações. Também será discutida a abordagem de prevenção de recaída elaborada pelos autores Marlatt & Gordon (1975). A seguir será realizado um breve panorama da psicologia cognitiva de modo a subsidiar teoricamente estas investigações e após será feito uma

apresentação dos potenciais cognitivos para o desenvolvimento de habilidades úteis para a prevenção de recaída no tratamento da dependência química. Apresenta também a metodologia utilizada para esta investigação científica e os resultados alcançados. Por último serão apresentadas as considerações finais.

## CAPÍTULO 1 - A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso de substâncias psicoativas tem sido considerado atualmente como um fenômeno complexo por acarretar danos físicos, psicológicos, sociais, profissionais, familiares, ao indivíduo usuário despertando interesses em diversos setores científicos, políticos e sociais. Apesar do uso de substâncias psicoativas fazer parte de um contexto histórico antecedente, percebe-se que na atualidade o uso indevido passou a ser visto como um fenômeno causador de danos individuais e sociais, demandando atenção, prevenção e cuidados principalmente no âmbito da saúde.

Com a instituição da lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (2006) prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. A lei visa ampliar as ações relacionadas ao fenômeno, passando de uma visão apenas proibicionista para a dimensão do cuidado, protagonizando o usuário, evidenciando os transtornos causados pelo uso indevido destas substâncias (BRASIL, CASA CIVIL, 2006).

Dada a gravidade dos danos físicos e psíquicos causados ao indivíduo usuário, a problemática é incluída dentro dos programas de saúde pública, com a intenção de proporcionar bem estar aos que buscam ajuda para esta demanda emergente.

Investigações científicas sobre esta problemática têm buscado dados diagnósticos que indiquem uma doença, mas não há uma etiologia reconhecida. A Classificação de Transtornos

Mentais e de Comportamento da CID – 10 (1993) utiliza a terminologia de transtorno, usada para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Nesta classificação o tema é introduzido como transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, que diferem em gravidade de intoxicação não complicada e uso nocivo até transtornos psicóticos óbvios e demência, que são atribuíveis ao uso de uma ou mais substâncias psicoativas, prescritas ou não pelo médico. Ou seja, não há um fator determinante, mas vários fatores desencadeadores do problema. O indivíduo usuário de substâncias psicoativas é afetado nos aspectos biopsicosociais da sua vida resultando em comportamentos mal adaptativos. No que se referem ao comportamento aprendido, vários autores concordam que é possível com sucesso alterar o comportamento problema através da assimilação de novas aprendizagens. Diversas abordagens científicas têm se dedicado a estudos na busca de estratégias efetivas para minimização do problema.

Novos conhecimentos sobre o transtorno alteram a compreensão anterior de dependente ou não dependente e estabelece padrões individuais de consumo. Dentro dos padrões de consumo das substâncias psicoativas há uma evolução progressiva dos níveis de consumo, mas nem todos os indivíduos chegarão ao nível de dependência. Este fato se dá por diversos fatores inerentes a cada indivíduo usuário (LARANJEIRA, 2003).

O uso é compreendido como qualquer consumo de substância, seja para experimentar ou eventualmente. O abuso ou uso nocivo se refere a um nível de consumo de substâncias onde podem ocorrer danos biológicos, psicológicos ou sociais para o indivíduo. A dependência se caracteriza por um nível de consumo, onde o usuário tem dificuldades de controlar o consumo, acarretando problemas mais sérios nas diversas áreas da sua vida (BORDIM *et al*, 2010).

O conceito atual de dependência química segundo Edwards (1999) baseia-se em sinais e sintomas, conferindo-lhe objetividade. Sendo nomeada como uma síndrome por haver uma combinação de diversos fatores biopsicosociais variáveis para cada indivíduo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (1993) define síndrome de dependência como,

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substância alcança uma prioridade muito maior em um indivíduo que outros comportamentos que antes tinham mais valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes.

Baseando-se nestes critérios foram elaboradas as diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciado em algum momento do ano anterior.

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou uso da mesma substância (ou de uma intimidade relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Devem-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano (OMS, 1993).

Após a identificação do diagnóstico é importante observar a gravidade do quadro, tendo com objetivo avaliar e individualizar a proposta terapêutica.

As diversas teorias atualmente apresentadas para a compreensão da dependência química reconhecem o potencial recidivante e crônico do transtorno. Quando um indivíduo usuário busca por tratamento e após um período de tempo sem o consumo da substância, podem ocorrer recaídas. Dados de pesquisa realizados na Unidade de Dependência Química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina mostram que 8% dos sujeitos analisados não enfrentaram o processo, pois após serem identificados como dependentes não se abstiveram da substância; 60% já passaram pelo processo de recaída de 1 a 4 vezes; 24% de 5 a 9 recaídas e 8% já enfrentaram o processo por mais de 10 vezes (BUCHELE, MARCATTI, RABELO, 2004).

Diante do quadro apresentado, as propostas de prevenção a recaídas são altamente consideradas. A prevenção aqui não é vista como um programa primário no sentido de impedir o aparecimento de doenças ou prejuízos à saúde dos indivíduos, mas como uma necessidade operacional no tratamento da dependência química. A ação preventiva para o usuário dependente visa a evitação de recaídas, após um período considerado de abstinência do uso da substância. A dependência química acarreta danos ao dependente, portanto é necessário que o mesmo se engaje

em algum tipo de tratamento, visando minimizá-los. As recaídas fazem parte do processo de tratamento, mas é necessário evitar que elas ocorram com frequência, pois o indivíduo pode desenvolver atribuições negativas sobre a sua capacidade de ação para mudança do comportamento aditivo, temendo um futuro fracasso.

As recaídas segundo Marlatt & Gordon (1993) não são consideradas como problemas catastróficos no processo de tratamento do indivíduo dependente de substâncias psicoativas, mas ocorrências que podem levá-lo a compreender e mudar o comportamento.

Baseando nesta concepção os autores acima citados elaboraram o programa de Prevenção da Recaída, aplicado através de estratégias de manutenção da abstinência no tratamento de comportamentos aditivos de substâncias psicoativas. A proposta dos autores será detalhada no capítulo seguinte.

### 1.1 - Aspectos neurofisiológicos das substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas são aquelas que alteram o humor, o pensamento ou o comportamento ao atuar sobre o sistema nervoso central (Kolb & Wishaw, 2002). São considerados substâncias com potencial de abuso, pois podem desencadear no indivíduo o uso repetido resultando em tolerância, sintomas de abstinência e comportamento compulsivo de consumo. Estes podem levar a um estado de dependência química (LARANJEIRA, 2003). O desejo repetido pelo uso de uma substância pode ter bases neurais relacionadas com “vias dopaminérgicas, chamadas sistema dopaminérgico mesolímbico, os axônios dos neurônios dopaminérgicos se projetam para o *núcleo acumbens*, para o córtex frontal e para o sistema límbico” (Kolb & Wishaw, 2002). Quando o indivíduo se depara com situações associadas ao

uso de substâncias, ativa o sistema dopaminérgico produzindo a experiência subjetiva do desejar podendo chegar a um desejo incontrolável.

A OMS (2004) apresenta informações científicas sobre o neurofuncionamento das substâncias psicoativas resultantes de tecnologias modernas de neuroimagens que podem visualizar e medir alterações na função cerebral desde o nível molecular e celular até processos cognitivos complexos que ocorrem por meio do uso de substâncias psicoativas a curto e em longo prazo. As técnicas de neuroimagens podem mostrar a circulação sanguínea, o metabolismo do oxigênio e da glicose e concentrações da substância no cérebro. O cérebro humano é dividido em várias regiões com funções específicas. Uma destas regiões é o prosencéfalo, que é uma estrutura complexa que permite pensamentos mais abstratos e planejamento, associações de pensamentos e lembranças. Observou-se através das técnicas de neuroimagem do cérebro, que pontos específicos do prosencéfalo são ativados por estímulos que induzem uma pessoa dependente a uma forte necessidade (*craving* ou *fissura*) de consumir uma dada substância. Também, que outras regiões do cérebro funcionam de maneira anormal depois da ingestão aguda ou crônica da substância e da dependência instalada.

As substâncias tem maneiras diferentes de agir no cérebro, com efeitos comportamentais diferenciados. A diferença está na ligação destas a diferentes receptores aumentando ou diminuindo a atividade dos neurônios. Contudo, as substâncias psicoativas tem similaridades na mesma maneira em que afetam regiões importantes do cérebro ligados à motivação, aspecto importante no desenvolvimento da dependência. A via mesolímbica está diretamente implicada no processo de motivação, isto é, os estímulos reconhecidos como importantes para a sobrevivência recebem do cérebro uma importância especial. No caso das substâncias psicoativas os sistemas cerebrais de motivação são ativados repetidamente como são os estímulos de sobrevivência, como comida, água, perigo e parceiros sexuais. Então o cérebro é levado a reagir

como se estas substâncias e seus estímulos fossem biologicamente necessários. A exposição repetida e associação dos estímulos aumentam a resposta comportamental e neuroquímica desencadeando o transtorno da dependência química (OMS, 2004).

Os estudos da neuropsicologia cognitiva para o uso de substâncias psicoativas, através das técnicas de neuroimagens tem mostrado déficits em várias funções cognitivas em indivíduos usuários. Na revisão de Paulo & Novaes (2004) foi encontrado em usuários crônicos de álcool alterações da memória, aprendizagem, análise e síntese viso-espacial, velocidade psicomotora, funções executivas e tomada de decisões, velocidade do processamento de informações e eficiência cognitiva. Na revisão de Kolling *et al* (2007) em estudos comparados em usuários de álcool e cocaína mostrou que usuários de cocaína apresentam déficits na atenção, memória, tomada de decisões, controle dos impulsos, capacidade na resolução de problemas. Outra revisão de Solowij & Pessa (2010) sobre o uso de maconha mostrou que há alterações da memória, atenção, controle inibitório, funções executivas e tomada de decisão, tanto durante como após o período da intoxicação. O uso pesado resulta em anormalidades cognitivas, principalmente quando iniciado na adolescência. Mostrou evidências de que os déficits aumentam de acordo com a frequência, duração, dose e idade de início do uso.

Os estudos apontam que déficits cognitivos nas funções executivas tem implicações diretas no tratamento da dependência química. A maioria dos programas de tratamento ainda não considera estas implicações (Paulo & Novaes, 2004) para a elaboração de propostas mais efetivas, visando melhor adesão do indivíduo usuário ao tratamento e a prevenção de recaídas.

## 2 - MODELO COGNITIVO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS POR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A psicologia cognitiva é definida por Neisser (1967<sup>1</sup> *apud* Sternberg, 2008) como o estudo de como as pessoas aprendem, estruturam, armazenam e usam o conhecimento. Mais tarde, Newell & Simon (1972 <sup>2</sup>*apud* Sternberg, 2008) propuseram modelos detalhados de pensamento humano e solução de problemas, dos níveis mais básicos aos mais complexos. Estas conclusões ilustram a complexidade do funcionamento da mente humana.

Embasado nas teorias da psicologia cognitiva, nos anos de 1960 a 1970 surgem os estudos para tratamento dos transtornos emocionais, incluindo a terapia cognitiva elaborada por Aaron Beck. (Knapp, 2004). Dobson (2001<sup>3</sup> *apud* Knapp, 2004) aponta três pressupostos básicos que fundamentam as terapias cognitivas comportamentais, todas derivadas do modelo cognitivo, que são: a atividade cognitiva influencia o comportamento, pode ser monitorada e alterada, o comportamento pode ser alterado mediante a mudança cognitiva.

A terapia cognitiva compreende que há uma inter-relação entre cognição, emoção e comportamento. A forma como estes elementos se interagem dentro de um determinado contexto vai indicar estados normais ou patológicos do indivíduo. Esta interação não ocorre de forma linear como explica Knapp (2004), mas há uma interação recíproca entre pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente. Neste processo podem ocorrer distorções cognitivas capazes de gerar sintomas de desconforto no indivíduo (Knapp, 2004). As distorções cognitivas serão mais detalhadas no capítulo posterior.

Um fator importante da cognição é a forma como o indivíduo processa as informações. Este processamento é interferido pelas regras já estabelecidas e as representações mentais do indivíduo. Nos problemas psicológicos os pensamentos podem ser distorcidos e rígidos, os

---

<sup>1</sup> NEISSER, U. Cognitive psychology. New York: Appleton-Century-Crofts, 1967.

<sup>2</sup> NEWELL, A. & Simon, H. A. Human problem solving. Englewood Clifts, NJ: prentice-Hall, 1972.

<sup>3</sup> DOBSON, K. S. Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: Guilford, 2001

juílgamentos mais absolutos e generalizados e as crenças fundamentais mais inflexíveis (KNAPP, 2004).

A proposta da terapia cognitiva é examinar, avaliar e modificar as distorções cognitivas, o afeto e o comportamento favorecendo o processamento de informações positivas, e uma atitude mais flexiva e adaptativa diante dos diversos eventos da vida do indivíduo. Entendendo que cognição, afeto e comportamento se retroalimentam para a permanência do comportamento mal adaptativo ou adaptativo, esta interação portanto não ocorre de forma linear (KNAPP, 2004).

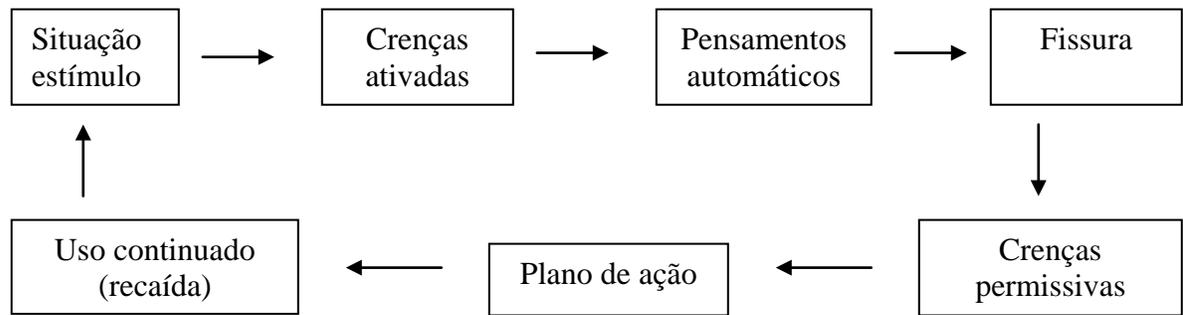
O indivíduo na terapia cognitiva é um agente participativo no processo de mudança, juntamente com o terapeuta elaboram e executam técnicas que influenciarão pensamentos, afeto ou comportamento. “Uma combinação destas intervenções pode quebrar o ciclo que perpetua os problemas e, assim aliviar os sintomas mais imediatos do paciente” (Knapp, 2004, p. 27). Porém no tratamento da dependência química, a proposta de prevenção de recaída aqui apresentada inclui a manutenção do alívio dos sintomas.

Segundo o modelo cognitivo das adições proposto por Beck, *ET AL* (1979<sup>4</sup> *apud* Oliveira *et al*, 2011) mostrado no QUADRO 1, quando o comportamento aditivo já está instalado, diante de uma situação estímulo, interna ou externa, considerada de alto risco para o uso de substâncias psicoativas, crenças e pensamentos automáticos relacionados às crenças são ativados. Os pensamentos automáticos desencadeiam sinais e sintomas fisiológicos, reconhecidos como fissura. Surge daí as crenças facilitadoras ou permissivas, onde o indivíduo usuário traça seu plano de ação para obtenção da substância. O uso continuado da substância traz mais situações de risco, associando-se a novas circunstâncias capazes de ativar crenças e pensamentos automáticos, reforçando o ciclo (JUNIOR, 2004).

---

<sup>4</sup> BECK, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Lease, B. S. *Cognitive therapy of substance Abuse*. New York: Guilford, 1979.

QUADRO 1  
Modelo cognitivo das adições



Fonte: Beck *et al.*, 1979.<sup>5</sup>

Na compreensão da psicologia cognitiva as crenças disfuncionais podem se formar ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo. Crenças disfuncionais podem ser facilitadoras do uso ou experimento de alguma substância psicoativa levando o indivíduo a formalizar crenças relacionadas à substância. Um conjunto de crenças disfuncionais em relação a si mesmo, associadas às crenças em relação ao uso de substâncias psicoativas podem desencadear um comportamento de uso contínuo desta podendo chegar ao padrão de uso dependente. Esta compreensão é citada pelos autores Liese *et al* (2005<sup>6</sup>) *apud* Bordim *et al* (2010) e mostrada no QUADRO 2.

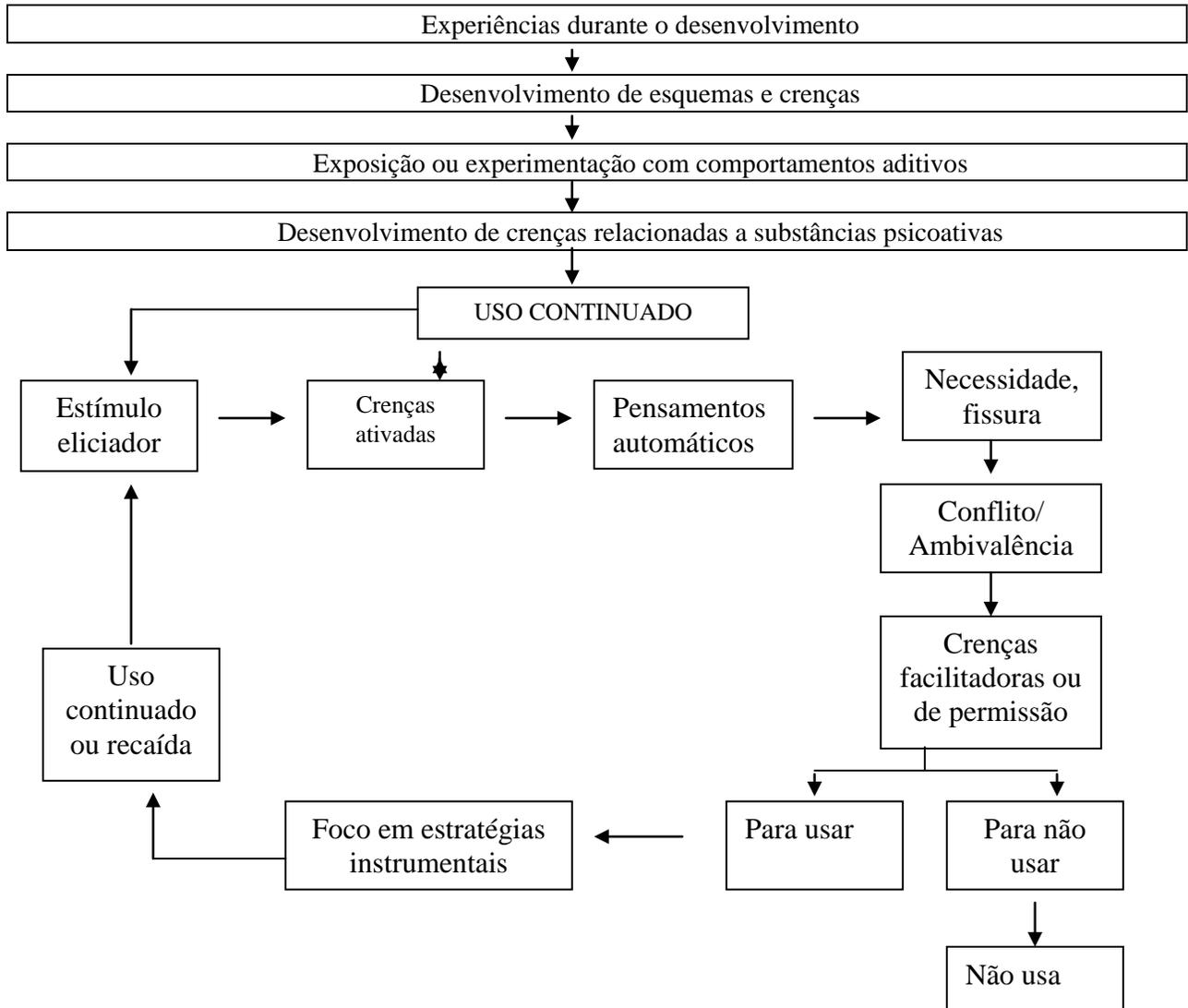
O modelo cognitivo de dependência de substâncias psicoativas mostrado nos QUADROS 1 e 2 indicam como o indivíduo usuário se envolve em um ciclo de uso, ativado por cognições, afetos e comportamento podendo gerar um adoecimento físico, psíquico e social.

<sup>5</sup> BECK, A. T., WRIGHT, F. D., NEWMAN, C. F., LEASE, B. S. *Cognitive therapy of substance Abuse*. New York: Guilford, 1979.

<sup>6</sup> BORDIM, S.; SERRA, A. M. M.; G.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. *Terapia Cognitiva* In: BORDIM, S.; G.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010

## QUADRO 2

Modelo Cognitivo de desenvolvimento do transtorno de abuso e dependência de substâncias psicoativas (adaptado de Liese e Franz, 2005<sup>7</sup>; Serra, 2006<sup>8</sup>; Maiochi e Serra, 2007<sup>9</sup> apud Bordim *et al* 2010).



<sup>7</sup> LIESE, B. S.; FRANZ, R. A. Tratamento dos Transtornos por uso de substâncias com terapia cognitiva: lições aprendidas e implicações para o futuro: In: SALKOVSKIS, P. M. (Ed). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. Trad. A. M. M. Serra (org). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. P. 405-435.

<sup>8</sup> SERRA, A. M. M. Apostila do curso de Terapia Cognitiva Aplicada a Dependência Química. São Paulo: ITC - Instituto de Terapia Cognitiva, 2003.

<sup>9</sup> MAIOCHI, L. C. C.; SERRA, A. M. M. Dependência química: um transtorno ou sintoma? In: SERRA, A. M. M. (Ed) *Terapia cognitiva e construção do pensamento. Rev. Psique Cien. Vida*, Ano I, n.3, p. 24-27, 2007. (Ed. Especial).

Os potenciais cognitivos podem ser trabalhados e desenvolvidos através de técnicas psicoterapêuticas intervindo nas cognições mal adaptativas para melhor funcionalidade destas favorecendo ao indivíduo sustentabilidade para mudar e manter o comportamento saudável. Estas possibilidades de mudança baseiam-se nos conhecimentos da neurociência cognitiva que vincula o cérebro e outros aspectos do sistema nervoso ao processamento cognitivo e ao comportamento. Sendo que, o sistema nervoso é a base da capacidade de percepção, adaptação e interação com o mundo e por meio desse sistema, o indivíduo recebe, processa e responde a informações que vem do ambiente (Sternberg, 2008). Em caso de danos cerebrais, a neuropsicologia se presta a buscar conhecimentos da relação entre estes, e seus efeitos na cognição e no comportamento do indivíduo, estendendo-se na compreensão de como o indivíduo processa a informação em termos funcionais, tarefa da neuropsicologia cognitiva (PAULO & NOVAES, 2004).

Para Marlatt & Gordon (1993) o uso de estratégias ou procedimentos cognitivos na prevenção de recaída exercem eficácia atuando de forma a desenvolver habilidades compensadoras para as funções deficitárias. As cognições afetadas podem se potencializar através da experiência vivenciada dia-a-dia com o novo comportamento. Os potenciais cognitivos a serem trabalhados, para o desenvolvimento de habilidades de autogestão e autocontrole podem favorecer a reestruturação cognitiva, ampliação do campo das percepções, ativação de mecanismos mnemônicos, desenvolvimento de habilidades de raciocínio e atenção, autocontrole sobre ações e capacidade de fazer escolhas assertivas e um repertório de experiências que favoreçam a resolução de problemas. Os fatores cognitivos podem ser potencializados através de estratégias que valorizem as funções já deficitárias, buscando novas possibilidades de adaptação e funcionalidade fortalecendo o novo comportamento adaptativo e evitando as recaídas. Portanto, as funções cognitivas e executivas de cada indivíduo usuário devem ser avaliadas, a fim de melhores resultados na proposta terapêutica (OLIVEIRA *et al* 2011).

Diante do cenário atual de pesquisas sobre a dependência química, a complexidade do fenômeno e as diversas abordagens e técnicas para o tratamento, é importante buscar a integração das mesmas, adaptando-as a cada indivíduo e ao momento do tratamento de cada um. Os autores Oliveira *et al* (2011) relacionam as mais utilizadas dentro do modelo cognitivo, cognitivo comportamental e comportamental que são: motivação para a mudança, psicoeducação, vantagens e desvantagens, identificação, avaliação e modificação de pensamentos automáticos e crenças, crenças de controle, questionamento socrático, manejo de fissura, exposição gradual, exercícios físicos e lazer, treinamento de habilidades de enfrentamento, agendamento e monitoramento de atividades, rede de apoio social, prevenção de recaída como abordagem.

A aplicação destas estratégias, técnicas ou abordagens enunciadas acima fortalecem os potenciais cognitivos que fazem parte do processo de prevenção de recaída. Estes potenciais cognitivos são abordados no capítulo quatro.

### 2.1- Abordagem de prevenção da recaída

Neste estudo adotaremos a proposta dos autores Marlatt & Gordon (1993), que compreende o problema da dependência química como comportamentos ou padrões de hábitos hiperaprendidos, onde o indivíduo busca um estado de gratificação imediata, ou alívio da tensão ou excitação.

Esta posição não implica que o processo contínuo do hábito esteja isento de complicações clínicas, ou seja, a quantidade e a frequência do uso da substância podem finalizar em doenças, como por exemplo, cirrose em alcoolistas e câncer pulmonar em tabagistas. “O fato de um estado de doença ser o produto de um comportamento aditivo de longo prazo, não implica

necessariamente, que o próprio comportamento é uma doença ou que é causado por um transtorno fisiológico subjacente” (MARLATT & GORDON, 1993).

É importante observar que a compulsão por determinada substância pode estar relacionada com algum funcionamento bioquímico como, por exemplo, a *fissura*. No entanto, a presença destes fatores não subestima a compreensão de que os comportamentos aditivos são altamente influenciáveis pelas expectativas do indivíduo ou a antecipação dos efeitos desejados. Fatores cognitivos e ambientais também exercem influência nos efeitos da substância no funcionamento do organismo do indivíduo usuário.

Baseado nesta compreensão os autores acima citados, elaboram a abordagem de prevenção de recaída fundamentada na teoria cognitiva comportamental elaborada e sistematizada por Beck (1997). A teoria cognitiva comportamental compreende que as emoções e comportamentos são influenciados pelos processos de pensamento. Os estímulos internos ou externos interagem com as vulnerabilidades do indivíduo, com suas crenças disfuncionais a respeito de si mesmo e a respeito do uso da substância, provocando sintomas fisiológicos, como a *fissura* levando o indivíduo ao comportamento de uso da substância (BORDIM, GRANDI, FIGLIE, LARANJEIRA, 2010).

Os autores definem que a prevenção de recaída, se refere a uma variedade de estratégias com fins na evitação da recaída ou na mudança do comportamento problema. Apontam como fator fundamental, que os comportamentos aditivos e padrões de hábitos mal adaptativos podem ser mudados. Estas mudanças podem ocorrer através de técnicas de automanejo, autocontrole e automonitoramento. O indivíduo é o autor e adquire uma posição proativa no processo de mudança. As técnicas são abrangentes oferecendo ao indivíduo um novo repertório de experiências e habilidades para o estabelecimento do novo comportamento.

Através de vivências e experiências de novas situações, voltadas para a mudança do comportamento, espera-se que ocorra a reestruturação cognitiva de pensamentos e crenças disfuncionais, favorecendo o desenvolvimento de potencialidades cognitivas para respostas assertivas diante de situações problemas e na manutenção do novo comportamento aprendido, proporcionando um estado de vida mais saudável.

A abordagem apresentada pelos autores é prevenir a recaída, mas se esta ocorrer, que seja trabalhada como fator positivo para a evitação de futuras recaídas. A cada recaída ocorrida é importante a análise minuciosa do fato, preparando o indivíduo para respostas cognitivas positivas de enfrentamento em situações posteriores semelhantes. As respostas de enfrentamento assertivas oferecem maior repertório de estratégias para lidar com situações futuras evitando assim outra recaída.

A recaída ocorre por meio de uma série de processos cognitivos, comportamentais, afetivos, sociais e ambientais. Portanto, o objetivo da prevenção de recaída é ensinar ao indivíduo a manejar situações de forma a não voltar ao padrão de uso anterior. O indivíduo torna-se um agente de mudança, recebe a responsabilidade pela resolução do problema, e não na sua causa ou desenvolvimento.

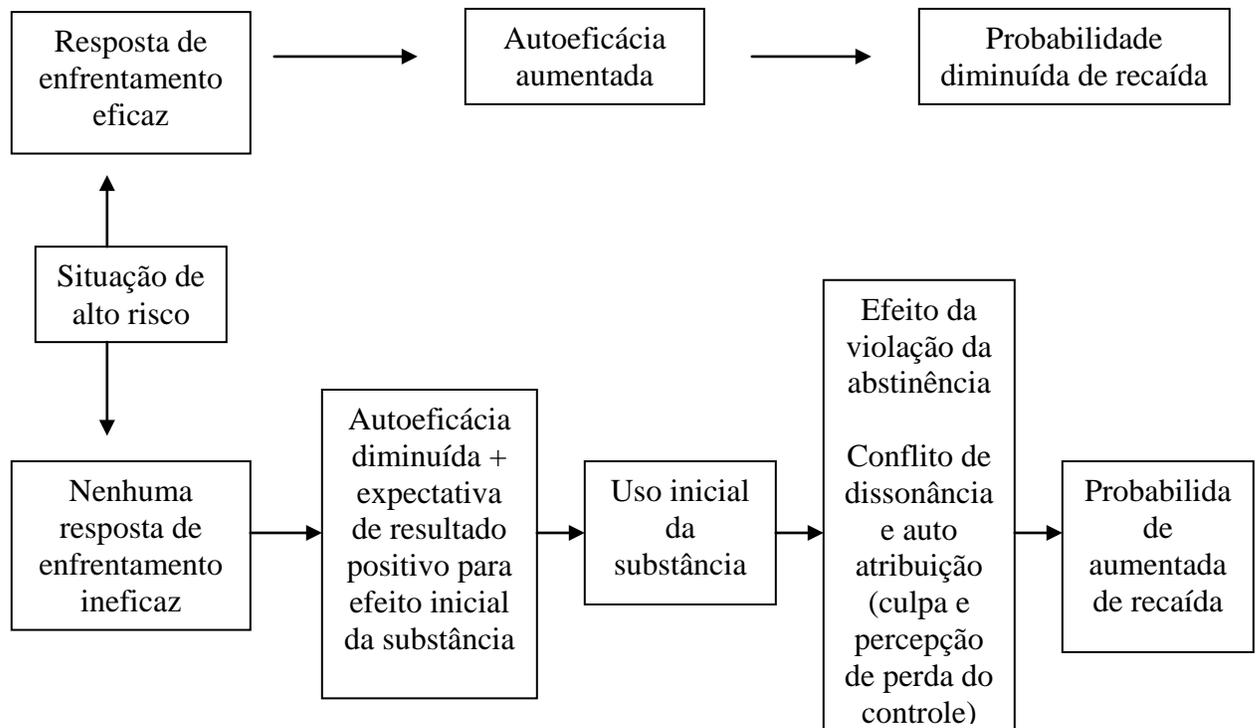
O modelo mostrado no QUADRO 3 se aplica apenas àquele indivíduo que fez uma opção e tomou uma decisão voluntária para a mudança, neste caso a mudança do comportamento aditivo (MARLATT & GORDON, 1993).

A mudança do comportamento aditivo passa por estágios nomeados por DiClemente (2001) de pré-contemplação, um indivíduo que não tem a intenção de mudança, contemplação, aquele que pensa de forma ambivalente, se deixa ou não de usar a substância. Nos estágios seguintes o indivíduo já se propõe a mudar, é o estágio da preparação, em seguida o estágio da ação, onde o mesmo se concentra ativamente em um processo de mudança. Após um período de

mudança do comportamento, nomeia-se o estágio da manutenção. A passagem por estes estágios não ocorre de forma linear, por exemplo, no estágio da manutenção pode ocorrer uma recaída, e o ciclo reiniciar, ou um posicionamento ativo para nova caminhada no processo de mudança.

### QUADRO 3

Modelo Cognitivo Comportamental do processo de recaída



Fonte: Marlatt & Gordon, 1993<sup>10</sup>.

Na prevenção de recaída presume-se inicialmente que o indivíduo já tenha adquirido um controle do uso da substância, ou o comportamento aditivo está sob controle. Este controle é compreendido através do conceito de autoeficácia, que será discutido no próximo capítulo deste

<sup>10</sup> MARLATT, A. G., GORDON, J. R. *Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médica, 1993.

trabalho. Este controle permanece até que apareçam situações que o ameacem podendo ser estados emocionais negativos, conflito interpessoal e pressão social. Estas situações são chamadas de situações de alto risco, que são entendidas como qualquer situação que ameace o senso de controle do indivíduo (MARLATT. & GORDON, 1993).

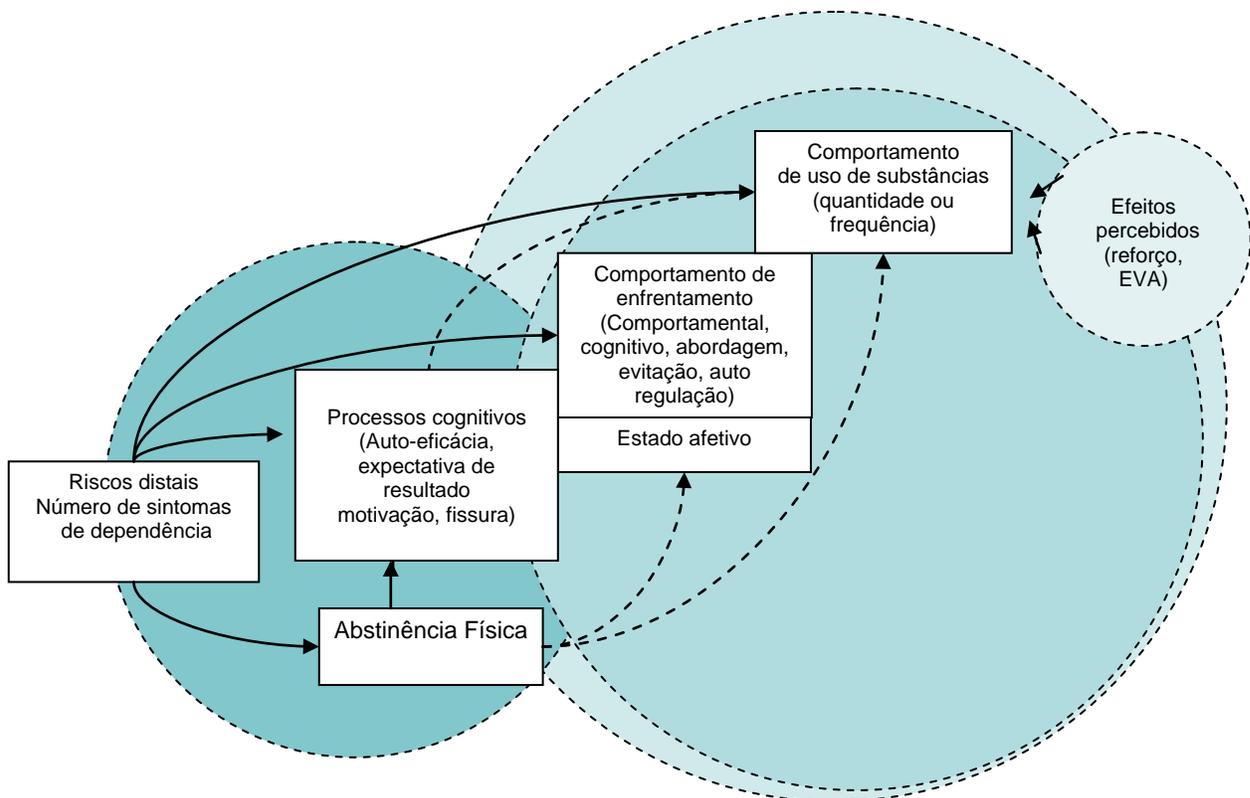
Na versão atualizada do modelo cognitivo de recaída Marlatt & Donovan (2009) reconhecem a complexidade e a natureza dinâmica do processo. Avaliam através de observações clínicas e pesquisas, que a cada situação de alto risco vivenciada pelo indivíduo há uma interação entre diversos fatores capazes de desencadear uma recaída. Há os elementos distais e proximais. Por exemplo, anos de dependência, história familiar, apoio social e psicopatologia comórbida, são considerados riscos distais (Marlatt & Donovan, 2009). Os riscos proximais são os precipitantes imediatos que atualizam a probabilidade de recair, por exemplo, passar perto de um bar, encontrar amigos usuários, contato com a substância. (BORDIM, JUNGERMAN, FIGLIE, LARANJEIRA, 2010).

O QUADRO 4 mostra o modelo dinâmico do processo de recaída. As linhas inteiras mostram as influências distais, e as pontilhadas as influências proximais. As caixas conectadas indicam a relação de causa recíproca entre os elementos, por exemplo, as habilidades de enfrentamento influenciam o comportamento do uso de álcool e, em troca, o uso de álcool influencia o enfrentamento. Este *feedback* mostra a interação entre as habilidades de enfrentamento, as cognições, o afeto e o comportamento de uso de substâncias.

O modelo dinâmico mostra que, há uma interação dinâmica entre os vários fatores que produzem uma situação de alto risco ou durante a ocorrência da mesma. Em dada situação o indivíduo enfrenta o desafio de equilibrar gatilhos múltiplos e suas possíveis conseqüências. A resposta reativa do indivíduo vai depender de uma auto-organização dos componentes distais, como história familiar, comorbidade, nível de dependência, processos cognitivos, como auto-

eficácia, expectativa de resultado, motivação, efeito da violação da abstinência e habilidades de enfrentamento cognitivas e comportamentais. Mudanças aparentemente insignificantes no sistema de auto-organização do indivíduo podem desencadear uma espiral de situações de alto risco, podendo resultar em uma recaída importante (MARLATT & DONOVAN, 2009).

QUADRO 4  
Modelo dinâmico da recaída



Fonte: Witkiewitz e Marlatt, 2004<sup>11</sup>

<sup>11</sup> MARLATT, G. A., WITKIEWITZ, K. Problemas com álcool e drogas. In: MARLATT, G. A & DONOVAN, D. M. *Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Pesquisas relacionadas ao tema tem mostrado a efetividade da prevenção de recaída, inicialmente para transtornos do alcoolismo e atualmente tem se expandido a técnica para diversos comportamentos aditivos, depressão, transtorno bipolar, transtorno do pânico com resultados positivos em comparação a tratamentos que não abordam o programa de prevenção de recaída (MARLATT & DONOVAN, 2009).

### CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM DE PREVENÇÃO DA RECAÍDA A PARTIR DE POTENCIAIS COGNITIVOS

O desenvolvimento e aprimoramento de cognições que potencializam habilidades de enfrentamento em situações de estímulo ao uso de substâncias psicoativas podem ser eficazes para a prevenção da recaída. Bandura (2008) a partir dos princípios da teoria social cognitiva enfatiza o poderoso papel que as cognições desempenham na capacidade dos indivíduos de construir a realidade, autoregularem-se, codificar informações e executar comportamentos alterando crenças, hábitos e pensamentos. Os indivíduos são capazes de simbolizar, significar ou resignificar experiências, armazenar informações, adquirir novos conhecimentos, resolver problemas cognitivamente e autorefletirem-se explorando suas cognições e crenças movimentando-se para ações que lhes proporcionem bem estar ou não. Essas capacidades proporcionam aos indivíduos os meios para influenciarem a sua própria vida. Abaixo serão discutidos alguns destes potenciais cognitivos que podem favorecer a mudança e manutenção do comportamento abstêmio do usuário ou dependente de substâncias psicoativas.

## 1 – AUTO-EFICÁCIA

O conceito de auto-eficácia se baseia na teoria social cognitiva desenvolvida por Albert Bandura. Desde a década de 1950, o autor vem investigando a influência dos aspectos sociais e cognitivos no comportamento humano.

A teoria social cognitiva postula uma perspectiva de agência, onde o indivíduo é um agente que influencia de modo intencional seu próprio funcionamento e as circunstâncias de sua vida favorecendo o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança. Os agentes não são apenas planejadores e prognosticadores, mas auto-reguladores, pois adotam padrões pessoais, monitorando e regulando seus atos por meio de influências autoreativas. Não são apenas agentes da ação, mas auto-investigadoras do próprio funcionamento (BANDURA, 2008).

A teoria social cognitiva entende que, os processos cognitivos são atividades cerebrais emergentes que exercem influências determinantes no processo de mudança e adaptação do indivíduo. O sistema sensorial, motor e cerebral são ferramentas que os indivíduos usam para realizar as tarefas, conferir significados, direção e satisfação pessoal. Como agente influenciador e modulador do ambiente, o indivíduo produz experiências que formam um substrato neurobiológico funcional de habilidades simbólicas, sociais, psicomotoras e outras. Portanto, a mente humana é produtiva, criativa, proativa, e reflexiva e não apenas reativa. Os componentes cognitivos estão intrinsecamente presentes no processo de construção da realidade (BANDURA, 2008).

Mesmo havendo limitações nos sistemas de funcionamento neurofisiológicos, como nos dados apresentados acima sobre o uso de substâncias psicoativas, no papel da agência humana, o indivíduo cria, age, controla, organiza e reflete sobre suas experiências e comportamentos nos diversos contextos da sua vida necessários à adaptação, para promoção do seu bem estar; esta

adaptação é possível, graças à plasticidade cerebral no processo evolutivo e desenvolvimentista inerente aos seres humanos (BANDURA, 2008).

Para a ocorrência dos mecanismos da agência pessoal, é necessária a crença de eficácia, que é considerada por Bandura (2008) a base da agência humana.

A auto-eficácia é definida como um processo cognitivo, já que lida com julgamentos percebidos ou avaliações feitas pelo indivíduo sobre a sua competência para executar adequadamente uma determinada ação (Marlatt & Gordon, 1993). É importante não confundir com o julgamento sobre as conseqüências que o comportamento produzirá. (Pajares & Olaz, 2008). Por exemplo, o indivíduo com percepção de auto-eficácia positiva abstinente vai a uma festa, e recai. O fato de recair, não significa autoeficácia diminuída diante da situação, isto por que, a auto-eficácia não é o único preditor do comportamento de recaída ou não. O processo de recaída é complexo e dinâmico, e está interligado a diversos fatores internos e contextuais do indivíduo. Mas, vale realçar que a percepção de auto-eficácia é um potencial cognitivo para evitação de recaídas.

A auto-eficácia exerce papel fundamental na auto-regulação da motivação, por meio de objetivos desafiadores e expectativas de resultado (Bandura, 2008). Por exemplo, um indivíduo usuário dependente de substâncias psicoativas, diante de inúmeras tentativas de abstinência com resultado negativo, pode reduzir a sua percepção de auto-eficácia. Mas, por outro lado, este mesmo indivíduo escolhe os desafios que quer enfrentar e quanto esforço deve dedicar, quanto tempo deve perseverar diante dos obstáculos e fracassos. A forma como ele reflete sobre a situação de recaída, pode reduzir ou aumentar a percepção de auto-eficácia.

A auto-eficácia é um potencial cognitivo importante no processo de prevenção de recaída, porém é importante a percepção do terapeuta sobre a percepção de auto-eficácia de cada paciente,

para traçar metas que realmente ele será capaz de realizar para fortalecer a sua percepção de auto-eficácia e engajar-se no processo de tratamento.

## 2 - TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão é empregada a fim de selecionar opções e avaliar oportunidades. Neste modelo é utilizado o raciocínio para ação de tomada de decisões. Nem sempre há uma opção perfeita que possa ser escolhida. Os indivíduos podem fazer reflexões sobre as suas escolhas, baseando-se em cinco fatores: o primeiro é a consideração de todas as alternativas conhecidas possíveis, mesmo que as alternativas imprevisíveis possam estar presentes. O segundo é o uso do máximo de informações disponível, mesmo alguma informação relevante não estando presente. O terceiro é avaliação cuidadosa e subjetiva do risco e benefício potencial de cada alternativa. O quarto é o cálculo subjetivo cuidadoso, da probabilidade de resultados, já que não pode ter certeza dos resultados. O quinto é um máximo grau de raciocínio sólido. Estes fatores implicam que a tomada de decisões não depende só do componente cognitivo, mas acresce de um componente afetivo (Sternberg, 2008). Ou seja, há um ciclo de estímulos e respostas que vão sendo construídos gerando novos comportamentos, interações sociais, afetos, novos estímulos e respostas dentro de um espaço contextual (Palmini, 2004). Este acúmulo de experiências vai influenciar a tomada de decisões.

Sempre há um conflito na tomada de decisões. Ou o indivíduo decide visando uma recompensa imediata não se importando com as conseqüências de longo prazo, ou decide visando um retorno no futuro deixando de lado a busca pela satisfação imediata. A tomada de decisão é temporal é necessário olhar o passado e o futuro para uma decisão no presente; no passado experiências assimiladas e no futuro experiências possíveis. As funções cerebrais executivas

organizam o comportamento na perspectiva temporal, passado, presente e futuro. (Palmini, 2004).

Os indivíduos costumam buscar estratégias de satisfação diante das situações de tomada de decisão, para isto eliminam aspectos a serem analisados, buscam informações disponíveis na memória sem dar ao trabalho de buscar informações não disponíveis (Sternberg, 2008). Esta economia cognitiva na tomada de decisões pode acarretar comportamentos impulsivos de escolhas. O indivíduo usuário de substâncias psicoativas com a experiência passada de satisfação imediata causada pela substância, tende a decidir pelo comportamento de usá-la em casos, por exemplo, de estresse ou de euforia. É mais fácil que buscar alternativas, ou pensar e refletir nas conseqüências futuras do ato de usar. Muitas vezes, o desconforto causado pela situação cíclica do uso reforça o comportamento de uso. O mesmo processo ocorre nas recaídas entre escolher a satisfação imediata pelo uso ou, analisar as conseqüências do uso.

Os sistemas cerebrais de recompensa e punição fazem com que o indivíduo tome decisões visando o prazer imediato (Palmini, 2004). As áreas cerebrais responsáveis pelo fator cognitivo de tomada de decisão e controle do impulso sofrem danos com o uso contínuo da substância, como já descrito acima, portanto, tomar a decisão de usar ou não uma substância se torna mais complexa. O indivíduo usuário na sua vida diária convive com inúmeros estímulos que podem desencadear estados fisiológicos ou afetivos e ativar crenças permissivas ao uso de substâncias Beck *et al* (1979<sup>12</sup> *apud* Marlatt & Gordon, 1993). É neste momento que o indivíduo se vê diante de situações internas ou externas permissivas ao uso de substâncias e a tomada de decisão se faz necessária.

---

<sup>12</sup> BECK, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford, 1979.

O processo de modificação do comportamento e manutenção do mesmo depende da efetiva abordagem do terapeuta, do automanejo e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo diante da ambivalência que se instala, entre a vontade de mudar o comportamento e a tendência em repetir o comportamento mal adaptativo.

Para a tomada de decisões Sternberg (2008) aponta formas de raciocínio dedutivo, que facilitam ou dificultam as decisões, como pragmatismo, proposições condicionais, silogismos, os quais ele nomeia de atalhos mentais que podem ser utilizados pelo indivíduo para confirmar ou negar as suas crenças e tomar as suas decisões. São relativamente comuns estas ocorrências em momentos de tomada de decisões em um indivíduo usuário de substância psicoativa, visto o grau de dissonância existente entre a gratificação imediata *versus* as conseqüências nocivas decorrentes do uso em longo prazo. Ou, a recusa pela gratificação imediata *versus* as conseqüências saudáveis em longo prazo pelo não uso.

O treinamento de habilidades cognitivas, comportamentais e ambientais (Bandura, 2008) para a regulação dos impulsos de tomada decisão estimula e reforça as funções executivas, favorecendo a mudança e manutenção do comportamento através de respostas mais assertivas diante de estímulos eliciadores do comportamento aditivo (PALMINI, 2004).

A tomada de decisão é um potencial cognitivo importante no processo de prevenção de recaídas visto que, o indivíduo não é apenas hospedeiro e expectador dos mecanismos internos, mas pode de forma intencional criar novas e únicas experiências, além de diferentes cursos de ação e ainda decidir qual delas executar a favor de si mesmo e do comportamento saudável (BANDURA, 2008; MARLATT & GORDON, 1993).

### 3 - SOLUÇÕES DE PROBLEMAS

Todos os indivíduos desenvolvem uma capacidade de solução de problemas. Este desenvolvimento resulta de uma necessidade de superar obstáculos para alcançar algo desejado. A necessidade de solução de problemas resulta de quando não há uma resposta imediata para a situação problema. Sternberg (2008) descreve os passos de um ciclo para a solução de problemas:

1. Identificação do problema;
2. - Definição do problema;
3. - Construção de uma estratégia para resolver o problema;
4. - Organização de informação sobre o problema;
5. - Alocação de recursos;
6. - Monitorização da solução;
7. - Avaliação da solução;

Por se tratar de um ciclo, não há necessariamente uma ordem para a solução de problemas, os passos são flexíveis e depende de como o indivíduo compreende o problema. As emoções e a motivação influenciam esta seqüência cíclica (STERNBERG, 2008).

O autor aponta dois tipos de problemas:

a) Os bem estruturados, que apresentam caminhos claros para chegar à solução. O indivíduo poderá observar o estado inicial e o estado objetivo do problema dentro de um *espaço problema* que é o universo de ações possíveis que podem ser aplicadas à solução daquele problema, dadas quaisquer restrições. É possível neste sentido criar passos para a solução do problema. Porém a mente humana nem sempre irá seguir de forma linear os passos, ela busca sempre os atalhos mentais. Estes mecanismos são, por exemplo, análise de meios e fins, trabalhar para frente e para trás, gerar e testar.

b) Os problemas mal estruturados são mais complexos. Não estão disponíveis caminhos claros para a sua solução, não tem espaços bem definidos. Estes apresentam dificuldades na

construção dos passos a serem seguidos para alcançar a solução. Para a solução destes problemas, é preciso um novo olhar, uma reestruturação da representação do problema para resolvê-lo. Esta reconceituação do problema é chamada de *insigth*. Envolve detectar e combinar informações relevantes, antigas e novas para obter uma visão nova e renovada do problema e a sua solução. O *insigth* geralmente ocorre em segundos, mas a sua ocorrência é o resultado de muito pensamento e esforço anterior (STERNBERG, 2008).

Vários fatores podem prejudicar a resolução de problemas. A configuração mental é um estado mental onde um modelo existente é utilizado para representar um problema, um contexto ou um procedimento de solução de problemas. A fixação funcional é a incapacidade de perceber que um saber anterior pode ser utilizado a favor de novas realizações problemáticas. Os estereótipos também prejudicam a solução de problemas, pois limitam os pensamentos sobre as possibilidades de solução (Sternberg, 2008). Por exemplo: um indivíduo usuário pode ter uma configuração mental de que usuários de substâncias psicoativas são indivíduos excluídos socialmente.

O conhecimento pode interagir com a compreensão na solução de problemas. Os indivíduos conseguem resolver melhor os problemas com aquilo que tem na memória, ou seja, se tiverem uma base sólida de conhecimentos para trabalhar, o potencial para a solução de problemas aumenta. Uma “especialidade” no tema em questão do problema oferece maior capacidade de automatismos e esquematizações nas operações necessárias para a solução dos problemas podendo o indivíduo tornar-se cada vez mais eficiente e preciso na solução de problemas. Esta técnica se aplica a habilidades que dependem muito do conhecimento que já fora adquirido (STERNBERG, 2008).

A capacidade de solução de problemas é um potencial cognitivo necessário para a vivência diária dos indivíduos. Um indivíduo dependente de substância psicoativa no estágio de

manutenção da abstinência enfrenta corriqueiramente situações problemas, quer seja em relação à substância, interpessoal ou social, que precisam ser resolvidas. É muito comum este indivíduo usar estratégias de fuga diante de situações que requer esta habilidade. Muitas vezes o reforço para o uso continuado da substância se dá através deste comportamento. Desenvolver esta habilidade no processo de tratamento para a prevenção de recaída é fator fundamental, pois também são comuns as recaídas ocorrem por falta desta habilidade.

#### 4 - AS DISSONÂNCIAS E AS CONSONÂNCIAS COGNITIVAS

Leon Festinger (1975) em seus estudos define a dissonância como a existência de relações discordantes entre cognições. Neste contexto ele compreende a cognição como qualquer conhecimento, crenças, valores, opinião ou convicção sobre o meio ambiente, sobre o próprio indivíduo ou o seu próprio comportamento. O determinante do conteúdo e formação destes elementos cognitivos é a *realidade*, quer seja ela, física, social ou psicológica. Estes elementos correspondem ao que realmente a pessoa faz e sente, ou ao que existe em seu ambiente. A realidade também pode ser o que a pessoa experimenta ou o fruto de informações obtidas.

O autor esclarece que o comportamento humano tende a ser congruente com as suas opiniões, mas uma questão relevante para a psicoterapia é quando há um saber (racional) sobre um determinado comportamento e este traz danos ao indivíduo e mesmo assim ele o mantém. Por exemplo, fumar traz danos à saúde, mas o indivíduo continua fumando. Ou seja, nem sempre há correspondência entre os elementos cognitivos e o comportamento. Neste caso pode ocorrer a dissonância cognitiva. Sempre que há a presença da dissonância ocorre um desconforto psicológico e os indivíduos tendem a buscar a redução deste desconforto tornando consonantes as

cognições sobre o tema e o comportamento ou ainda a evitar situações e informações que reforcem a dissonância (FESTINGER, 1975).

Se a tendência é reduzir a dissonância, as tentativas de redução podem ocorrer mudando as cognições e em seqüência o comportamento, por exemplo: se o indivíduo assume que fumar faz mal à saúde e se este estiver preocupado com a sua saúde ou de pessoas próximas e afetadas por seu hábito, então pode optar por parar de fumar para ter uma boa saúde. A cognição está consonante com a ação. Outro exemplo: o indivíduo quer parar de fumar, mas não pára, pois acredita que os desconfortos fisiológicos e psicológicos iniciais da abstinência nunca irão passar e que não seria capaz de suportá-los. Ao obter novas informações, sobre estes desconfortos, tais como: eles são passageiros, podem ser minimizados por estratégias comportamentais e bioquímicas, haverá apoio psicológico durante o processo da abstinência e o enfrentamento do problema é partilhado por um grupo de iguais e que seu sofrimento inicial está à favor de uma saúde duradoura, este indivíduo pode alterar a sua cognição aumentando a sua eficácia no enfrentamento dos sintomas da abstinência e tornando a cognição congruente com a sua ação.

As relações dissonantes diferem em suas magnitude. É necessário distinguir graus de dissonância e especificar o que determina a força de uma dada relação dissonante. Quanto mais a importância e o valor dos elementos dissonantes para o indivíduo, maior a magnitude da dissonância. Isto ocorre também para a consonância.

Dada a magnitude da dissonância, as forças de impulso, necessidade ou tensão são atenuadas para reduzir ou eliminar a dissonância. Quanto maior for a dissonância, maior será a intensidade da ação para reduzir a dissonância e maior a evitação de situações que aumentariam a dissonância (FESTINGER, 1975).

Segundo este mesmo autor, a dissonância pode ser reduzida dependendo do tipo de elementos cognitivos envolvidos e do contexto cognitivo total. Esta redução pode ocorrer com a

mudança de um elemento cognitivo comportamental ou de um elemento cognitivo ambiental. Na mudança de um elemento cognitivo comportamental a cognição é receptiva à realidade, então, se há uma mudança no elemento ou elementos cognitivos os comportamentos mudarão também. Por exemplo, se um indivíduo tem a informação de que o uso continuado de bebida alcoólica causa cirrose hepática e o mesmo teme ficar doente, logo ele tem elementos para mudar o seu comportamento parando de beber. O comportamento de não beber diminui as possibilidades de desenvolvimento da doença temida, portanto pode haver alteração na cognição de que o não beber reduz a possibilidade de adoecimento.

A outra forma de reduzir a dissonância é com a mudança de um elemento cognitivo ambiental. É possível mudar um elemento cognitivo ambiental mudando-se a situação a que esse elemento corresponde desde que o indivíduo tenha o controle sobre tal situação ambiental. Por exemplo, um indivíduo que está no processo inicial de parar de usar bebida alcoólica evita ter a substância a seu alcance, pois a aproximação da mesma pode desencadear *fissura* e o mesmo não dispor de potenciais cognitivos de auto eficácia eficientes e logo perder o controle. A adição de novos elementos cognitivos que reconcilie os elementos dissonantes, também opera a favor da redução da dissonância.

Então poderia se perguntar: seria necessário explicar, instruir e o comportamento mudaria por si só! Por que não é assim? O autor avalia que mesmo ocorrendo a pressão para a redução da dissonância não há garantia da redução, pois o indivíduo nas suas tentativas pode não encontrar novos elementos cognitivos a acrescentar, ou não ter o controle ambiental ou o apoio social de que precisa para a mudança em algum dos aspectos. Se as tentativas fracassam pode ocorrer a resistência à redução da dissonância.

Um fator importante de resistência à mudança de elemento cognitivo comportamental é a receptividade de tais elementos à realidade. Por exemplo, a mudança do comportamento pode ser

dolorosa para um fumante que quer parar de fumar, pois ele vai precisar passar pelo processo doloroso dos sintomas de abstinência. A magnitude dessa resistência será determinada pela extensão do prejuízo ou das aflições que terão de ser suportados ou que o sujeito acredita ter que suportar e também das avaliações sobre os seus próprios recursos para tanto. O novo comportamento precisa trazer certo grau de satisfação reforçador para que o indivíduo se disponha a enfrentar as dificuldades advindas do processo de mudança.

A resistência à mudança de elementos cognitivos ambientais pode ocorrer pela total indisponibilidade de mudança no ambiente e as possibilidades de mudanças podem ser nulas. Ou se forem sociais dependerá da dificuldade ou não de encontrar pessoas que apoiem a nova cognição.

Também pode ocorrer resistência à mudança, quando um elemento está relacionado a certo número de elementos de forma consonante e, na medida em que mudá-lo substituiria as consonâncias por dissonâncias, o elemento pode ser resistente à mudança.

É importante ressaltar que para a ocorrência de mudanças dependerá do montante de elementos resistentes ou não à mudança e como o indivíduo interpreta tais elementos. Cada um deve ser trabalhado de maneira a buscar a consonância.

Foram citadas acima as tendências para reduzir ou eliminar a dissonância e os problemas envolvidos na realização dessa redução. Há situações em que o indivíduo evita a dissonância ou muitas vezes por medo de que esta aumente. Um medo de dissonância levaria o indivíduo a relutar contra a ação. Quando a decisão e a ação não podem ser proteladas, a tomada de iniciativa talvez se faça acompanhar de uma negação cognitiva da ação empreendida.

Um dependente químico pode tentar evitar a ocorrência de dissonância, pois havendo dissonância, há uma pressão para reduzi-la, e o indivíduo é levado a tomar uma decisão para redução do desconforto causado pela dissonância. Muitas vezes para evitar a dissonância,

prevalece a ocorrência de distorções cognitivas, forjando e mantendo uma consonância artificial e negativa, evitando assim o desconforto do dependente e assim, favorecendo o comportamento de não se engajar no processo de mudança.

Abaixo algumas distorções cognitivas que se identificam como erros sistemáticos de processamento que mantêm a crença do paciente na validade de seus conceitos negativos, apesar da presença de evidências contraditórias Beck *et al* (1979)<sup>13</sup> *apud* Knapp, 2004) adaptadas por Marlatt & Gordon (1993) e citadas por Festinger (1975) e por Knapp (2004):

A – Hipergeneralização: diante da ocorrência de um evento único e isolado o indivíduo considera como um fracasso total. Por exemplo, um lapso pode ser considerado como uma recaída, e assim o indivíduo voltar ao uso contínuo da substância.

B – Abstração seletiva: a seleção e eleição de um evento negativo isolado considerado como um fracasso pelo indivíduo desconsiderando todas as conquistas e aprendizagens anteriores. Há uma diferença de alta magnitude entre os dois elementos.

C – Responsabilidade excessiva: o indivíduo atribui a si mesmo toda responsabilidade do fracasso ocorrido sem analisar as demais contingências, diminuindo a sua autoeficácia e favorecendo a manutenção do uso.

D – Catastrofização: presumir que o pior resultado ocorrerá. Na primeira dificuldade o indivíduo pode pensar que será levado à decadência total e não suportará.

---

<sup>13</sup> BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed, 1997.

E - Pensamento dicotômico: exposição a extremos opostos de uma dada situação. Ou é um alcoolista abstinente, ou um alcoolista bebedor. O indivíduo não percebe que pode haver um ponto de equilíbrio. Por exemplo, pode ser um alcoolista abstinente com possibilidades de recaídas e possibilidades de retorno ao estado abstinente.

F – Negação: a negação das consequências danosas que o comportamento aditivo pode acarretar com a intenção de manter o comportamento desejado (Festinger 1975). Por exemplo, após um lapso o indivíduo pode negar a sua imagem de alcoolista abstinente e concordar com o comportamento “*bebedor*” eliminando a dissonância iniciada entre o lapso ocorrido e a imagem anterior de abstinente.

G - Rotulação: colocar um rótulo global e rígido em si mesmo em vez de rotular a situação ou o comportamento específico (Knapp, 2004). Por exemplo, “*sou alcoolista, nunca vou sair desta*”.

H – Vitimização: considerar-se injustiçado ou não entendido. A fonte dos sentimentos negativos é algo ou alguém havendo recusa em se responsabilizar pelos seus próprios sentimentos ou comportamentos (KNAPP, 2004).

É muito comum o indivíduo usuário, para tornar consonante o comportamento aditivo e evitar os conflitos decorrentes da tomada de decisão entre usar ou não usar a substância psicoativa, utilizar-se de mecanismos da distorção cognitiva.

A redução ou eliminação da dissonância cognitiva em relação ao comportamento aditivo pode ocorrer através da reestruturação cognitiva identificando as distorções em cada evento

vivenciado pelo indivíduo. A capacidade de reestruturar as cognições distorcidas potencializa a busca por consonâncias cognitivas positivas favorecendo a mudança e manutenção do comportamento adaptativo.

## 5 – HABILIDADES SOCIAIS

As Habilidades Sociais dizem respeito a um conjunto de comportamentos necessários para se estabelecer uma relação interpessoal bem sucedida dentro de um determinado contexto. O indivíduo expressa através de ações suas opiniões, desejos, sentimentos e direitos de forma adequada à situação vivenciada, respeitando esses mesmos comportamentos nas demais pessoas, resolvendo os problemas imediatos da situação enquanto minimizam a probabilidade de futuros problemas (CABALLO, 2003).

As relações interpessoais ou interações pessoais ocorrem a partir do processo de socialização que faz parte da evolução e desenvolvimento do ser humano, com características de potencialidade biológica que interagem com o ambiente formando o seu repertório de habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2005). Para Lyra & Moura (2000) os processos de interação social e socialização são constitutivos da subjetividade humana. A importância da socialização, das interações e relações sociais no processo de desenvolvimento biossocial e psicossocial são temas de interesse da psicologia cognitiva proporcionando conhecimento teórico que subsidiam a compreensão de assuntos relacionados visando uma prática clínica que favoreça a saúde mental dos indivíduos. Simmel (1917)<sup>14</sup> *apud* Grigorowitschs (2008) aponta que o ser humano é visto como um complexo de conteúdos, forças e possibilidades e que ao mesmo tempo em que está inserido em um mundo dinâmico e processual é capaz de modelar a si mesmo e socializar-se,

---

<sup>14</sup> SIMMEL, G. Grundfragen der Soziologie [1917]. Berlin: Walter de Gruyter, 1984.

então, o processo de socialização e interação perpassa toda a vida do indivíduo. Mas, o interagir socialmente é algo que precisa ser desenvolvido e aprendido (Grigorowitschs, 2008) levando em conta o ambiente e as situações vivenciadas.

.A teoria dos sistemas de Bronfenbrenner (1979<sup>15</sup> *apud* Berns, 2002) oferece um meio de compreender os seres humanos em seus vários contextos sociais, bem como os processos de socialização. Os sistemas são estruturas sociais que se sobrepõem e interagem entre si e com o indivíduo nos seus aspectos biológicos. O primeiro é o microsistema, que se refere às atividades e relações vividas por uma pessoa em desenvolvimento em um determinado contexto, como família, escola, grupo de colegas ou comunidade; o segundo é o mesossistema, que está relacionado às interações entre os microsistemas; o terceiro os exossistemas, que são ambientes onde o indivíduo não participa ativamente, mas estes o afetam; o quarto é o macrossistema, que está relacionado às crenças sociais, culturais, econômicas e religiosas do *habitat* da criança ou indivíduo em desenvolvimento. O desenvolvimento é afetado pela acomodação mútua ao longo da vida entre o indivíduo e estes sistemas exercendo também influências multidirecionais e interativas.

A cada estágio de desenvolvimento do ciclo de vida, o indivíduo requer habilidades sociais que lhe permitam atuar como participante das interações entre estes sistemas. Por exemplo: na adolescência o indivíduo necessita de habilidades para interagir socialmente de forma diferenciada do estágio de vida anterior, que é a infância. Neste estágio há fatores biológicos e sociais desempenhando papel importante nas experiências vivenciadas pelo adolescente. Dificuldades de socialização e interação podem levar o adolescente a comportamentos de risco, como o de abuso de substâncias psicoativas (BERNS, 2002).

---

<sup>15</sup> BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press ( *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996)

Para conviver em sociedade o indivíduo necessita se adaptar e ter um repertório de habilidades sociais para interagir socialmente e lidar com situações interpessoais (Del Prette & Del Prette 1999). Na falta destas habilidades pode ocorrer que as relações interpessoais se tornem conflituosas e restritas interferindo de maneira negativa a participação do indivíduo no grupo em que está inserido e, sobretudo no seu funcionamento psicológico saudável.

No Brasil há poucas pesquisas sobre o tema habilidades sociais como potenciais para tratamento ou prevenção de transtornos, quando comparado a pesquisas em outros países. De acordo com levantamento bibliográfico na base eletrônica de dados *psycINFO* realizado por Murta (2005) foram identificados 342 trabalhos com as palavras chaves “habilidades sociais e intervenção” em fontes de língua inglesa e espanhola, entre o período de 1967 e 2003. Estes estudos indicaram a aplicabilidade do treinamento de habilidades sociais em diversos contextos como: abuso de substâncias psicoativas, violência, esquizofrenia, prevenção ao uso de tabaco, transtornos de ansiedade entre outros. Os estudos apontam ainda que deficiências nas habilidades sociais possam levar o indivíduo a situações de vulnerabilidades e risco na forma de vivenciar situações da vida diária, podendo estas interagir com traços de personalidade, pressupondo maior dificuldade em situações em que o indivíduo necessita manejar estas habilidades.

Na década de 1980 foi apresentado pelos autores Monti<sup>16</sup> *et al apud* Bordin (2010) um programa de tratamento para dependência de álcool enfatizando o treinamento de habilidades sociais. Algumas habilidades trabalhadas no programa se referem a habilidades interpessoais e comportamento assertivo, onde o indivíduo reconhece seu direito de decidir o que fazer em vez de ceder às expectativas do outro, bem como reconhecer o direito alheio. Muitos usuários de substâncias psicoativas apresentam déficits em habilidades sociais como iniciar conversações, que

---

<sup>16</sup> Monti, P. *et al.* Cue-exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. J. Consult. Clin. Psycho, v. 61, p. 1011-1019, 2000.

é uma habilidade de comunicação básica e necessária ao convívio social ajustado podendo usar a substância para se sentirem melhor. Crenças disfuncionais sobre o efeito positivo do álcool para desinibição social, por exemplo, podem atuar para o reforçamento do uso da substância. Outra habilidade apresentada foi a de falar e ouvir sobre sentimentos e opiniões. A importância desta habilidade se expressa pelos sentimentos estarem diretamente relacionados à afetividade humana. Tanto a expressão pessoal dos sentimentos, quanto à aceitação dos sentimentos dos outros, fazem parte das vivências diárias dos indivíduos. As habilidades de fazer e receber críticas e de fazer e receber elogios também apresentou importância no programa de reabilitação de dependentes químicos. A habilidade de manejar os pensamentos e crenças disfuncionais em contextos sociais foi considerada altamente importante, pois eles podem disparar (funcionar como gatilhos) sentimentos, cognições e comportamentos que favorecem o uso da substância.

Os déficits de habilidades sociais são considerados fator de risco tanto para o início ao uso de substâncias como estão relacionados à dificuldade de manter-se abstinência. A introdução de técnicas para desenvolvimento de habilidades sociais podem ser coadjuvante no processo de tratamento da dependência química.

Estas técnicas atualmente podem ser trabalhadas a partir do modelo de tratamento conhecido como Treinamento de Habilidades Sociais que tem conceitos e objetivos associados às técnicas de intervenção e de avaliação configurando o modelo como um campo teórico aplicado na superação de déficits e dificuldades interpessoais. Os modelos conceituais que sustentam teoricamente a abordagem de Treinamento de Habilidades Sociais indicados por Del Prette & Del Prette (2005) são os modelos da assertividade, da percepção social, da aprendizagem social, cognitivo e da teoria de papéis. Apesar da ausência de formulação teórica detalhada no campo das habilidades sociais, os autores indicam que cada vez mais o modelo tem sido aplicado no contexto da psicologia clínica, para transtornos que carecem destas habilidades com resultados

positivos na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Incluindo aqui o abuso ou dependência de substâncias psicoativas onde indivíduos usuários tendem a ceder à pressão ou sedução do grupo, o Treinamento de Habilidades Sociais aplicados através de técnicas da psicoterapia cognitiva podem favorecer o indivíduo a comportamentos mais assertivos e se beneficiar com o resultado da abstinência.

#### CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Primeiramente o estudo teve como objetivo verificar a existência de artigos publicados entre o período de 2002 e 2012 em revistas indexadas na base de dados PsycInfo, LILACS, Periódicos Capes, Scielo sobre a prevenção de recaída no contexto da dependência química e a aplicabilidade de potenciais cognitivos. Foram utilizados como descritores os termos: “dependência química”, “prevenção de recaída” e “cognição”. Posteriormente, foram utilizados como descritores os potenciais cognitivos detalhados no presente trabalho: “auto-eficácia”, “tomada de decisão”, “soluções de problemas”, “dissonância cognitiva” e “habilidades sociais”. Para garantir maior rigor teórico nos assuntos abordados foi levantado obras científicas publicadas sobre os descritores acima. Por se tratar de um tema de relevância social e de políticas públicas foram levantados dados epidemiológicos e legislativos sobre a dependência química nos bancos de dados da jurisdição brasileira, priorizando a questão do tratamento. Por fim foram selecionados os artigos, obras e capítulos de obras científicas delimitando o tema abordado neste estudo.

## CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo inicia mostrando o panorama do uso de substâncias psicoativas no Brasil. Para fundamentar a relevância do estudo foi levantado o registro de dados epidemiológicos da jurisdição brasileira e observado que nestes dados não consta estudos epidemiológicos sobre o processo de recaídas do usuário de substâncias psicoativas e seu retorno ao tratamento, exceto dados de apenas uma pesquisa sobre o processo de recaída em usuários de substâncias psicoativas, porém o mesmo não se aplica a estudos de amplitude nacional, estadual ou municipal. Ainda nos estudos epidemiológicos foi observada a crescente taxa de indivíduos dependentes e usuários de substâncias psicoativas. Estes dados foram coletados partir da base de dados da Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD). Dada a relevância destes dados epidemiológicos, foram pesquisados dados de políticas públicas sobre o tema e observado que muitas ações preventivas e de tratamento estão sendo implantadas nas redes sociais do país para a minimização do problema do uso de substâncias psicoativas, porém não apresentou nenhum tipo de intervenção direcionada especificamente à prevenção de recaída.

Sobre internações pelo uso de substâncias psicoativas consta de apenas um estudo epidemiológico de amplitude nacional, que antecede à data sugerida neste estudo e outro que se enquadra entre o período pesquisado, mas se reduz às internações na cidade de Divinópolis na região Centro Oeste, do estado de Minas Gerais, Brasil localizados nas bases de dados LILACS.

Para a apresentação do transtorno da dependência química e suas diretrizes diagnósticas, foi consultada a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da – CID 10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, um capítulo e duas obras de produção científica

relativas ao tema. Para a compreensão deste transtorno a partir da teoria cognitiva foram consultados três capítulos e duas obras científicas.

Foram encontrados aproximadamente nove artigos nas bases de dados SciELO e LILACS, duas obras científicas e três capítulos de obras publicadas com o tema relacionado à prevenção de recaída no contexto da dependência química, todos embasados teoricamente na psicologia cognitiva comportamental e a aplicabilidade de técnicas para prevenir a recaída sustentadas pela obra dos autores Marlatt & Gordon (1993) e Marlatt & Donovan (2009). Os artigos das bases de dados para o descritivo “prevenção de recaída” foram selecionados por importância da aplicação da teoria cognitiva comportamental e de dados epidemiológicos sobre internações por uso de substâncias psicoativas, totalizando dois artigos.

Foram pesquisadas as conseqüências neurocognitivas do usuário crônico de substâncias psicoativas e foram encontrados três artigos de revisão bibliográfica que documentam os danos causados, com a intenção de fortalecer teórica e estatisticamente a aplicabilidade dos potenciais cognitivos em usuários com déficits nas habilidades cognitivas que favorecem a manutenção da abstinência e ou a prevenção de recaídas.

Os potenciais cognitivos aqui apresentados foram localizados separadamente, para tanto foram selecionados as obras, capítulos e artigos que indicavam a sua aplicabilidade no contexto da dependência química. Para a compreensão da “auto-eficácia” foram identificados três capítulos de obras científicas, para a “tomada de decisão” dois capítulos, para “soluções de problemas” um capítulo, para os potenciais “dissonância e a consonância cognitiva”, uma obra científica e para o potencial das “habilidades sociais” duas obras de produção científica. Foi observado que os potenciais cognitivos aqui detalhados são considerados como favorecedores da prevenção de recaída ou comportamento adaptativo quando aplicados através de técnicas cognitivas comportamentais.

Para complementar o estudo foi consultado duas obras sobre a psicologia do desenvolvimento na perspectiva da teoria cognitiva, que enfoca a capacidade de adaptação e funcionalidade do indivíduo ao ambiente durante todo o seu processo de desenvolvimento, fundamentando assim a capacidade de recuperação do usuário de substâncias psicoativas, visto que o uso continuado destas substâncias pode causar complicações na funcionalidade cerebral, capazes de comprometer as habilidades necessárias à manutenção da abstinência e, portanto, considerando necessária a aplicabilidade dos potenciais cognitivos para a recuperação e a prevenção de recaída.

O estudo não mostrou investigações sobre as frequentes recaídas dos usuários e o retorno aos tratamentos oferecidos. A proposta de prevenção de recaída é salientada como intervenção aplicável e efetiva podendo alcançar resultados positivos, porém, não há estudos unificados que relatem exclusivamente esta aplicação considerando os potenciais cognitivos. Foi observado nos artigos e obras consultadas que as intervenções são sempre voltadas para as propostas de tratamento visando a interrupção do uso da substância, e pouco apontamento para elaboração de intervenções voltadas para a manutenção da abstinência e prevenção de recaídas. Sendo assim, é importante mais pesquisas que unifiquem o tema a fim de colaborar com a elaboração de estratégias de intervenções efetivas voltadas para esta etapa no tratamento da dependência química.

## CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário atual do problema do uso de substâncias psicoativas tem demandado mais investigações científicas, clínicas e intervenções psicoterapêuticas com o objetivo de compreender o fenômeno e assim tratar o dependente químico possibilitando ações qualificadas,

capazes de produzir resultado efetivo tanto nas áreas de prevenção quanto de tratamento. Através da prática clínica da autora deste trabalho com esta população observou-se que propostas de tratamento voltadas para esta demanda pouco tem considerado o estágio da prevenção de recaída. A maioria das intervenções é direcionada à abstinência inicial ou a desintoxicação. Considerando os diversos fatores biopsicosociais relacionados ao transtorno é importante avaliar a relevância desta etapa do tratamento dentro de uma perspectiva dinâmica e multidisciplinar, culminando em elaboração de estratégias de tratamento que abranjam a complexidade do problema. A psicoterapia cognitiva-comportamental tem técnicas e teoria capazes de propiciar ao psicoterapeuta explicações e método adequado ao tratamento e prevenção de recaídas. Um trabalho de prevenção de recaída pode trazer resultados positivos e favorecer na diminuição dos retornos do indivíduo usuário, evitando gastos com retratamento, diminuição do consumo de substâncias psicoativas e conseqüentemente com o tráfico, diminuição de pendências judiciais, diminuir o grave impacto social da dependência química, minorar o desânimo das equipes e do paciente com as recaídas, evitar dificuldades na motivação para a abstinência e, assim ao final pode proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente, para as equipes de saúde, assistência social, judicial e para a sociedade em geral.

Neste estudo observou-se que o indivíduo usuário de substâncias psicoativas apresenta diversos problemas cognitivos decorrentes do uso contínuo da substância. A revisão da literatura mostrou que déficits cognitivos podem ser causados pelo uso continuado da substância podendo comprometer o desempenho do mesmo no desenvolvimento de habilidades necessárias para a manutenção da abstinência. Mostrou ainda que, devido à capacidade de reestruturação cognitiva e adaptação funcional do indivíduo é possível trabalhar com os potenciais cognitivos a fim de reforçar e manter um comportamento abstêmio através do treinamento de habilidades cognitivas,

quer sejam de enfrentamento ou de adaptação, considerando os diversos fatores de risco, inter e ou intrapessoais capazes de desencadear o retorno ao uso.

Foi observado que as cognições tem papel relevante em todo o processo da dependência química, quer seja como fatores protetores para o desenvolvimento do transtorno ou para a evitação de recaídas, após a instalação do transtorno de dependência química. Os potenciais cognitivos aqui ressaltados foram alguns do conjunto de cognições disponíveis a todos os indivíduos utilizados para lidar com as dificuldades cotidianas da vida, mas verificou-se que o ser humano distorce e acredita em crenças errôneas que servem para mantê-lo confortável na dependência. Assim, a psicoterapia cognitiva-comportamental é o método de escolha para o tratamento e prevenção de recaídas, pois tem técnicas e um corpo teórico capaz de propiciar ao psicoterapeuta explicações e método adequado à uma prática clínica eficaz.

A experiência clínica da autora contribuiu para a percepção deste resultado, mas não esgota as suas investigações sobre o tema. Percebeu-se que a atenção para o trabalho de prevenção de recaída é de fundamental importância no processo de tratamento da dependência química, utilizando os próprios potenciais cognitivos do indivíduo. Para o sucesso do tratamento da dependência química um *self* dotado de cognições funcionais e adequadas à realidade dos indivíduos e ao momento histórico da sociedade, favorece comprometimento com a mudança e a manutenção do novo comportamento, bem como uma participação proativa do indivíduo principalmente no estágio de manutenção da abstinência.

Espera-se que este estudo levante questionamentos, amplie olhares e favoreçam subsídios para elaboração de mais estratégias relacionadas ao fenômeno complexo da dependência química, não só no processo de manutenção da abstinência, como também na prevenção da instalação e no desenvolvimento do transtorno de dependência química.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA, A. A evolução da teoria social cognitiva. In: Bandura, A. AZZI, R. G., POLIDORO, S. *Teoria social cognitiva – conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

\_\_\_\_\_. A teoria social cognitiva na perspectiva da agência. In: BANDURA, A. AZZI, R. G., POLIDORO, S. *Teoria social cognitiva – conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford, 1979.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BERG, K. S. *O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade*. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

BORDIM, S.; SERRA, A. M. M.; G.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. *Terapia Cognitiva* In: BORDIM, S.; G.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010.

BORDIM, S.; JUNGERMAN, F. S.; G.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. *Prevenção de recaída*. In: BORDIM, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010.

BORDIM, S.; GRANDI, C. G. de; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. *Sistemas diagnósticos em dependência química – conceitos básicos e classificação geral*. In: BORDIM, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010.

BORDIM, s., ZANELATO, N. A., FIGLIE, B. N., LARANJEIRA, R. *Treinamento de habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco*. In: BORDIM, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca, 2010.

BERNS, R. M. *O desenvolvimento da criança*. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, Art 1º §2º. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (PIEC), Brasília: (Casa Civil, 2010) Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20072010/2020/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2020/Decreto/D7179.htm) Acesso em 01 de janeiro de 2012.

BRASIL Lei nº11.343, de 23 de agosto de 2006. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas- SISNAD. Brasília: (Casa Civil, 2006). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Lei11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei11343.htm) . Acesso em 01 de janeiro de 2012.

BRASIL. Portaria nº 1190, de 04, de junho 2009, Art 1º, incisos I, II, III. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) . Brasília: (Ministério da Saúde, 2009) Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html) Acesso em 01 de janeiro de 2012.

BUCHELE, F., MARCATTI, M., RABELO, D. R. Dependência química e prevenção à recaída. Ver. Texto & Contexto enferm. 13(2):233240, abr-jun. 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br> Acesso em 04 de dezembro de 2011

CABALLO, V. E. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos, 2003.

CAMPOS, C.G. Perfil Epidemiológico das internações psiquiátricas por álcool e outras drogas em um município da região centro-oeste de Minas Gerais no período de 1998 e 2009. 2011. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../CeciliaGodoiCampos.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../CeciliaGodoiCampos.pdf) > Acesso em 10 de janeiro de 2012.

EDWARDS, G., MARSHALL, E. J., COOK, C.C.H. *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed. 1999.

DEL PRETTE, A & DEL PRETE, Z. A. P. *Psicologia das habilidades sociais na infância: Terapia e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_ *Psicologia das Habilidades Sociais: terapia, educação e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2005.

DICLEMENTE, C. C. Entrevista motivacional e os estágios de mudança. In: MILLER, W. R., e ROLLNICCK, S. *Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança*. Porto Alegre: Artmed, 2001

FESTINGER, L. *Teoria da dissonância cognitiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GALDURÓZ, J. C.E., CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.26,supl 1, p3-6,2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a02v26s1.pdf> . Acesso em 02 de dezembro de 2011

GRIGOROWITSCHS, T. O conceito de “socialização” caiu em desuso? Uma análise dos processos de socialização na infância com base em Georg Simmel e George H. Mead. Educ. Soc. Campinas, V. 29, n. 102, p. 33-54, jan/abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v29n102/a0329102.pdf> .Acesso em:18 de janeiro de 2012.

JUNIOR, E. L. Dependência química. In: Knapp, P. *Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica* Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: \_\_\_\_\_ *Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica* Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOLB, B.; WHISHAW, Q. I. Como as drogas e os hormônios influenciam o comportamento. In: *Neurociência do Comportamento*. São Paulo: Manole, 2002.

KOLLING, M. N. de, SILVA, C. R. da, CARVALHO, J. C. N., CUNHA, M. S. da, KRISTENSEN, C. H. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. Avaliação psicológica, 2007 6(2), pp 127-137. Disponível em: <http://pepsicbvsalud.org/pdf/avp/v6n2a03.pdf> acesso em 02 de dezembro de 2011.

LARANJEIRA, R. Usuários de substâncias psicoativas, abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003.

LYRA, M. C. D. P. & MOURA, M. L. S. Desenvolvimento na interação social e no contexto histórico-cultural: adequação entre perspectiva teórica e metodológica. Ver. Psicologia: Reflexão

e Crítica. V. 13. n. 2. Porto Alegre: 2000. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-7972200000020000&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-7972200000020000&script=sci_arttext) Acesso em:  
17 de janeiro de 2012.

MARLATT, A. G., GORDON, J. R. *Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médica, 1993.

MARLATT, A. G., DONOVAN, D. M. *Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARLATT, G. A., WITKIEWITZ, K. Problemas com álcool e drogas. In: MARLATT, G. A & DONOVAN, D. M. *Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2003. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf) Acesso em 01 de janeiro de 2012.

MURTA, S. G. Aplicação do treinamento de habilidades sociais: análise da produção nacional. *Rev. Psicologia: reflexão e crítica*, 18(2) p.283-291, 2005. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27480.pdf> Acesso em: 17 de janeiro de 2012.

NOTO, A. R., MOURA, Y. G., NAPPO, S., GALDUROZ, J. C. F., CARLINI, E. A. Interações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional no período de 1988 a 1999. Disponível em: <http://bases.bireme.br> acesso em 10 de janeiro de 2012.

OLIVEIRA, M. S., FREIRE, S. D., LARANJEIRA, R. Abordagem cognitivo comportamental no tratamento da dependência. In: RANJÉ, B. *Psicoterapias cognitivo comportamentais – um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2011, pp412-423.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da – CID 10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Neurociências: consumo e dependência de substâncias Psicoativas. Resumo. Genebra: 2004. Disponível em: [www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_P.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf) Acesso em 20 de março de 2004.

PAJARES, F., OLAZ, F. Teoria Social Cognitiva e auto eficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A. AZZI, R. G., POLIDORO, S. *Teoria social cognitiva – conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PALMINI, A. O cérebro e a tomada de decisões. In: KNAPP, P. *Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica* Porto Alegre: Artmed, 2004.

PAULO, J. C., NOVAES, M. A., Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência de álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004, (supl1): 23-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a07v26s1.pdf> Acesso em 02 de dezembro de 2011.

SENAD, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas, 2010. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatórios/328379.pdf> > acesso em 01 de janeiro de 2012

STERNBERG, R. J. *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SOLOWIJ, N., PESSA, N., Anormalidades cognitivas no uso de *cannabis*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 32. Supl 1. Maio, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s1/a06v32s1.pdf> acesso em 12 de dezembro de 2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS  
[www.sam.medicina.ufmg.br](http://www.sam.medicina.ufmg.br)

ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA de **LUCINÊ COSTA E SILVA** n° de registro 2011670882. No dia **onze de fevereiro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a Comissão Examinadora indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Psicoterapia Cognitiva, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“PREVENÇÃO DE RECAÍDA NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: um estudo dos potenciais cognitivos aplicados”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Psicoterapias Cognitivas, pelo Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Rodrigo Nicolato, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Dr.<sup>a</sup> Rute Velasquez

Instituição: Newton Indicação: Aprovada

Paiva

Prof. Rodrigo Nicolato

Instituição: UFMG Indicação: [assinatura]

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada  
recebendo a nota final de 90 pontos.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 11 de fevereiro de 2012.

Dr.<sup>a</sup> Rute Velasquez [assinatura]

Prof. Rodrigo Nicolato [assinatura]

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira/ Coordenador [assinatura]

Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira  
Coordenador do Curso de Especialização em  
Psicoterapias Cognitivas  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Insc: 14199-2