

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE
ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE DROGAS

ANA CAROLINE RAMOS DOS SANTOS

COMPREENSÃO E MANEJO DE FISSURA DOS SUJEITOS COM
TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS APÓS A PARTICIPAÇÃO EM UM
GRUPO DE PREVENÇÃO DA RECAÍDA

PORTO ALEGRE

2020

ANA CAROLINE RAMOS DOS SANTOS

**COMPREENSÃO E MANEJO DE FISSURA DOS SUJEITOS COM
TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS APÓS A PARTICIPAÇÃO EM UM
GRUPO DE PREVENÇÃO DA RECAÍDA**

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação lato-sensu com ênfase no campo Atenção Integral ao Usuário de Drogas da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Ms. Karina Proença Ligabue

PORTO ALEGRE

2020

RESUMO

O Transtorno por Uso de Substâncias apresenta diferentes sinais e sintomas, entre eles a fissura, a qual diversas pesquisas tentam explicar sua manifestação, mas ainda são poucas as evidências sobre suas características. Por essa razão buscamos verificar as repercussões, em relação à fissura, de indivíduos do sexo masculino, maiores de 18 anos de idade, com Transtorno por Uso de Substâncias que participaram de um Programa de Prevenção da Recaída oferecido em uma Unidade de Internação de Psiquiatria de Adição em um hospital da rede pública de Porto Alegre. Esse trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa elaborada através de uma entrevista semi estruturada baseada nos preceitos da Pesquisa Social Qualitativa. As informações obtidas foram analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin. Na discussão são explanadas três categorias: características e limitações da abordagem, autoconhecimento, e ampliação de repertório; e nove subcategorias: relevância da equipe, fundamentação teórica das ações, limitações cognitivas, baixa escolaridade, emersão de emoções e sentimentos, reconhecimento da fissura, identificação de gatilhos para fissura, mudança de pensamento e comportamento e elaboração de estratégias e recursos. A análise das informações obtidas demonstrou que a ampliação de repertório e o estímulo do autoconhecimento são fundamentais para mudança do estilo de vida, assim como possibilitam a identificação e o melhor enfrentamento aos episódios de fissura.

Palavras chaves: Transtorno por Uso de Substâncias; Prevenção da Recaída; Fissura.

ABSTRACT

Substance Use Disorder presents different signs and symptoms, including cleft, which several studies try to explain its manifestation, but there is still little evidence about its characteristics. For this reason, we seek to verify the repercussions, in relation to craving, of male individuals, over 18 years of age, with Substance Use Disorder who participated in a Relapse Prevention Program offered at a Psychiatric Inpatient Unit in Addition in a public hospital in Porto Alegre. This work is a qualitative research developed through a semi-structured interview based on the precepts of Qualitative Social Research. The information obtained was analyzed using Bardin's Content Analysis. Three categories are explained in the discussion: characteristics and limitations of the approach, self-knowledge, and expansion of the repertoire; and nine subcategories: relevance of the team, theoretical foundation of actions, cognitive limitations, low education, emergence of emotions and feelings, recognition of the cleft, identification of triggers for cleft, change of thought and behavior and elaboration of strategies and resources. The analysis of the information obtained showed that the expansion of the repertoire and the encouragement of self-knowledge are fundamental for changing the lifestyle, as well as enabling the identification and better coping with episodes of cleft.

Keywords: Substance Use Disorder; Relapse Prevention; Craving

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS)	8
2.2 PREVENÇÃO DA RECAÍDA (PR)	10
2.2.1 Programa de Prevenção da Recaída	12
2.3 FISSURA	13
3 OBJETIVOS	16
3.1 GERAL	16
3.2 ESPECÍFICOS	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 LOCAL DE ESTUDO	18
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES	20
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	20
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	21
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	37
ANEXO A - MATERIAL SOBRE FISSURA UTILIZADO NO GRUPO DE PREVENÇÃO DA RECAÍDA (SESSÃO 2 E 3)	38
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho está pautado em conceitos acessados a partir da participação como residente do Programa de Atenção Integral ao Usuário de Drogas da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e se configura em um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Seus objetivos são provenientes das observações, experiências, vivências e inquietações produzidas neste contexto.

Constata-se que desde os nossos primórdios há indícios da utilização de diferentes substâncias psicoativas (SPA) para finalidades distintas, tendo como exemplo a alteração da consciência, a busca incessante pelo prazer, o alívio de sintomas ou tensões, a cura para doenças, inserção em sociedade, etc. As causas que levam as pessoas a buscarem esse recurso podem variar de determinantes interpessoais, como lidar com emoções negativas e também determinantes intrapessoais, por exemplo, lidar com pressão social (RANGÉ, MARLATT, 2008). Há registros milenares de que as SPA sempre estiveram presentes entre a humanidade e não são uma novidade da contemporaneidade (ALARCON, 2012).

Entretanto a repercussão dos impactos do uso exacerbado dessas substâncias ganhou maior enfoque ao longo dos anos, pois os efeitos desse uso transcenderam os aspectos relacionados à saúde e afetou todas as esferas que regem as diferentes formas de organização social (ALARCON, 2012). Esse uso perpassa a vida dos sujeitos produzindo diferentes efeitos em sua vida afetiva, educativa, produtiva e social. E é por essa razão que o caráter de *problema social* passou a ser atribuído ao uso dessas substâncias (SOUZA, KANTORSKI, 2007, grifo nosso).

Existem diferentes modos de se relacionar com as SPA, e o consumo exacerbado é apenas uma delas. Tal consumo pode acarretar em prejuízos clínicos e psicossociais significativos, momentâneos ou até mesmo definitivos à vida (SOUZA, KANTORSKI, 2007; ALARCON, 2012). Por este motivo, o presente trabalho pretende possibilitar espaço para reflexões com o intuito de fomentar a pesquisa no campo da Saúde Mental, mais especificamente às discussões relacionadas à área de álcool e outras drogas.

A intenção dessa pesquisa nasceu inicialmente da inquietação e necessidade de compreender as relações que os sujeitos estabelecem com as SPA. Observa-se que

determinadas pessoas desenvolvem Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) e necessitam, muitas vezes, após período de desintoxicação, manter-se em abstinência. É importante ressaltar que esta pesquisa não se propõe a estabelecer um ideal de comportamento abstêmio e nem tem a perspectiva de ter a abstinência como único recurso para manutenção da saúde integral.

Dessa forma, com nosso olhar direcionado aos sujeitos que necessitam e desejam manter a abstinência lançamos nossa perspectiva também para modelos de tratamento que demonstram efetividade em relação a esse processo, e encontramos no modelo do programa de Prevenção da Recaída (PR) um meio possível para se alcançar essas metas. Essa abordagem segue os preceitos da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e ambas integram o conjunto de tratamentos amplamente utilizados na área de saúde mental há várias décadas (CAFRUNI, BROLESE, LOPES, 2014).

O programa de PR tem como princípio a mudança de estilo de vida e a manutenção desta mudança, e considera aspectos que estão relacionados ao autoconhecimento e às habilidades sociais. Essa abordagem trabalha primariamente com a identificação de situações de risco para recaída que são potencializados pela produção e contato com fatores de risco (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013). Um dos principais fatores que dificultam a manutenção da abstinência é a fissura, a qual pode ser entendida como a vontade de usar a substância podendo estar associada a sensações corporais desagradáveis, ela pode se manifestar, por diversas vezes de modo muito intenso, principalmente em sujeitos com TUS (SANTOS, ROCHA, ARAUJO, 2014).

Sua manifestação é bastante singular, tanto em relação às questões referidas quanto à intensidade e ao tempo de duração, pois pode ser uma sensação leve, moderada ou intensa, e ter uma duração rápida ou então permanecer por horas. Essa sensação provoca a ativação de componentes fisiológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais, por vezes, tão frequentes e intensos que acionam crenças permissivas a respeito do uso. Em consequência, os sujeitos passam a acreditar que a fissura só vai se extinguir se usarem a substância e se esquecem de que eles podem mudar este tipo de pensamento (FIGLIE, BORDIN, LARANJEIRA, 2010; ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013).

Por ser um fator determinante para a recaída é de suma importância refletir sobre a compreensão e o manejo da fissura dentro do âmbito do TUS (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013). Ao considerarmos a utilização do modelo de Prevenção da Recaída,

como um apanhado de técnicas bem conceituadas, respeitadas e largamente utilizadas, tal abrangência nos faz querer refletir sobre, pois os impactos individuais e sociais do consumo de SPA vêm se agravando ao longo dos anos e as consequências negativas desse processo contribuíram para a formação de um grave problema de saúde pública (GUERRA, VANDENBERGHE, 2017).

Por essa razão, questiona-se a respeito das repercussões da intervenção de um grupo de Prevenção da Recaída, na compreensão e no manejo da fissura dos sujeitos com TUS que optaram pela manutenção da abstinência e estiveram internados para desintoxicação e tratamento na Unidade de Psiquiatria de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Têm-se os seguintes questionamentos: verificar se os conteúdos abordados durante as sessões do Programa de Prevenção da Recaída oferecido na Unidade eram de fácil compreensão e acessível a todos, assim como analisar o que poderia ser produzido em relação ao autoconhecimento dos participantes e investigar possíveis alterações na relação dos mesmos com as situações e exposições de fissuras.

Tendo em vista estas questões, tivemos como perspectiva trazer contribuições ao grupo de Prevenção da Recaída, assim como ao programa de residência referido anteriormente. Salienta-se o papel de produção e propagação do conhecimento científico tanto para a comunidade acadêmica como para a sociedade de modo geral. Com isso, destaca-se também a importância de se aperfeiçoar e ampliar o conhecimento sobre os modos de atenção e cuidado das populações que fazem uso de SPA e desenvolvem TUS (SOUZA, KANTORSKI, 2007).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS)

O uso de substâncias psicoativas (SPA) está presente em diferentes culturas desde os nossos primórdios. Inicialmente retiradas da natureza eram utilizadas em ritos de passagem e de iniciação, estavam ligadas a busca incessante pelo prazer, alteração da consciência e limpeza da alma. A humanidade sempre buscou diferentes formas de intensificar seus prazeres e aliviar suas tensões, e questões relacionadas à aceitação e ao pertencimento em sociedade já eram atribuídas ao uso há milhares de anos. Esse modo de se relacionar com as SPA antecede a nossa compreensão atual sobre as diferentes formas de relações estabelecidas entre a sociedade contemporânea e essas substâncias no decorrer dos anos (ALARCON, 2012).

Apesar de existirem essas diferentes formas de relação do indivíduo com essas substâncias, a presente pesquisa está direcionada apenas ao uso excessivo e descontrolado que pode ser responsável por desencadear o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Logo, entende-se por TUS a adoção de um padrão de consumo de alta frequência de determinada(s) substância(s) psicoativa(s) que ao provocarem alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) geram sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais. Essas alterações nas diferentes estruturas cerebrais podem produzir diferentes impactos neurológicos, psiquiátricos, clínicos e por consequência, impactos sociais, culturais e econômicos também (APA, 2014).

As SPA ao agirem no SNC provocam a ativação do mecanismo de recompensa cerebral responsável pela produção das sensações de prazer, nesse processo também ocorre a ativação da amígdala, a qual direciona esse evento às áreas do cérebro responsáveis pela memória. Por essa razão, as informações captadas do ambiente externo durante o consumo são registradas e passam a ser associadas a esse estímulo. É a partir desse processo, que o consumo passa a ser associado primariamente ao prazer e concomitantemente são estabelecidas as memórias de uso. Esse mecanismo está diretamente relacionado com o grau de envolvimento do sujeito com a substância, neste caso quantidade e frequência de uso (CAFRUNI, BROLESE, LOPES, 2014). O desenvolvimento do TUS, além de estar

ligado a esses processos de ativações cerebrais, também está relacionado ao lugar que a substância ocupa na vida do sujeito, para que finalidade ela é utilizada e qual é o sentido dela em sua vida (ALARCON, 2012).

Por essa razão, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5, da Associação Americana de Psiquiatria (2014), os critérios diagnósticos estão relacionados a diferentes áreas da vida humana e levam em consideração a criação de um padrão patológico de comportamento, onde o sujeito pode manifestar diferentes mecanismos disfuncionais e/ou disruptivos. Dentre esses mecanismos estão o baixo controle sobre esse uso, ou seja, ter desejo de diminuí-lo ou cessá-lo, mas não obter sucesso quanto a isso. Expor-se a riscos para conseguir a substância. Dedicar maior parte do seu tempo para consegui-la chegando a abandonar atividades de trabalho, educativas ou da vida diária e até mesmo atividades que antes lhe eram muito prazerosas. Os sujeitos também pode se afastar das suas relações sociais deixando de interagir com a família, com amigos, colegas, além disso, não conseguem descontinuar o uso mesmo estando cientes dos danos manifestados (APA, 2014).

Ainda, podem ser considerados outros dois critérios no diagnóstico do Transtorno por Uso de Substâncias, a tolerância e a abstinência. Em relação ao primeiro, precisa se acentuar a dose para se obter o efeito desejado, pois a dose inicial já não produz mais o mesmo efeito intenso de antes. O segundo consiste na presença de sintomas fisiológicos durante o período sem o uso, isto ocorre “quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado” (APA, 2014, p.484). Esses dois tipos de manifestações se apresentam de diferentes maneiras, ou seja, variam de sujeito para sujeito, também variam conforme o tipo de substância de uso.

O TUS pode ser classificado como leve, moderado e grave, e é importante explicitar que não é necessário que o sujeito apresente ao mesmo tempo todos os aspectos citados anteriormente, mas é a presença dessas manifestações que irão definir a classificação supracitada (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011). O transtorno leve consiste na presença de dois ou três aspectos, o moderado de quatro a cinco e o grave de seis ou mais aspectos. Considera-se que sujeitos que fazem uso mais elevado de SPA costumam desenvolver quantidade maior de problemas (APA, 2014).

Os impactos são observados tanto na vida individual quanto na coletiva dos sujeitos que desenvolvem problemas com o uso de SPA, a relação que se instaura ultrapassa os limites da vida privada. O agravo das consequências do uso excessivo e descontrolado necessita de intervenções não somente para a desintoxicação, mas para o tratamento, a fim de que o sujeito possa se restabelecer e se recuperar integralmente (SOUZA e KANTORSKI, 2007).

2.2 PREVENÇÃO DA RECAÍDA (PR)

Desenvolvida por Alan Marlatt o modelo de Prevenção da Recaída (PR) consiste em um programa de mudança de estilo de vida e manutenção desse processo, onde o indivíduo pode transformar seus hábitos disruptivos adotando novos comportamentos. No entanto, isso implica em reconhecer os problemas relacionados ao uso, estar motivado para a mudança e ter clareza quanto ao seu desejo de cessar o uso, essas são características importantes para a adesão a esse método de tratamento (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013; CAFRUNI, BROLESE, LOPES, 2014). A PR integra o conjunto de abordagens utilizadas pelo modelo da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) desenvolvida na década de 1960 por Aaron Beck e denominada, nesta ocasião, como terapia cognitiva (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015). Antes de adentrarmos mais especificamente no assunto a respeito programa de Prevenção da Recaída oferecido na Unidade de Psiquiatria de Adição, precisamos compreender melhor esse modelo.

Identificação e reestruturação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. A TCC no decorrer da história, vem sendo considerada uma abordagem eficaz e referencial no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos – incluindo o transtorno por abuso de substâncias químicas – pois, segundo Judith Beck (2013, p.22) o terapeuta embasado na terapia cognitivo-comportamental “procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura”. Ou seja, a TCC baseia-se na análise e nas alterações de emoções e comportamentos desadaptativos por meio de estratégias, como o Treinamento de Habilidades Sociais e Prevenção da Recaída (BECK, 2013).

A TCC foi desenvolvida primeiramente para atender pessoas com quadros de humor depressivo, de forma a promover a identificação e reestruturação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares, mas logo se estendeu a diferentes transtornos psiquiátricos (BECK, 2013). Ela compreende o sujeito como um ser singular, dando importância ao modo de ser e agir que o mesmo desempenha no mundo e é frequentemente utilizada como modelo de tratamento na área da psicologia e psiquiatria e em vista disso é constantemente investigada quanto aos seus benefícios (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015; MARLATT, RANGÉ, 2008). Para a TCC os processos cognitivos interferem no comportamento, uma vez que o sujeito reage às situações conforme ele as interpreta, esse mecanismo está diretamente relacionado com as suas emoções, pensamentos e sentimentos, logo tem interferência sobre suas relações sociais estabelecidas ao longo da vida (CAFRUNI, BROLESE, LOPES, 2014).

Essas interpretações quando negativas produzem pensamentos e crenças disfuncionais e conseqüentemente comportamentos desadaptativos. Na TCC o sujeito aprende a identificar esses pensamentos e crenças com o intuito de modificá-los (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013). O TUS causa alterações na cognição e produz efeitos complexos relacionados principalmente ao comportamento, logo o sujeito produz crenças e pensamentos que intensificam a existência dos comportamentos desadaptativos. Por essa razão a TCC é também frequentemente adotada nas metodologias de tratamento para o TUS (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015).

Para poder romper com a produção de comportamentos desadaptativos é necessário intervir nos processos cognitivos, a fim de criar alternativas aos pensamentos e as crenças disfuncionais. O sujeito precisa mapear os fatores que desencadeiam essas formações disruptivas, identificando além das situações, quais os pensamentos, sentimentos e emoções que contribuem para que isso ocorra. Em relação ao TUS, procura-se investigar quais crenças e pensamentos estão associados ao uso, para então propiciar ao sujeito uma mudança de repertório, para que o mesmo possa desafiar seus pensamentos enfraquecendo suas crenças disfuncionais (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013; SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015).

O sujeito que faz uso de SPA costuma associá-lo ao prazer, geralmente desenvolvendo o hábito de usar para conseguir se sentir melhor intensificando sentimentos positivos, ou então, para diminuir sentimentos e emoções negativas ou depreciativas, como

exemplo, culpa, tristeza, timidez, ansiedade, etc. Tal associação é reconhecida como um mau hábito, logo necessita de intervenção para modificá-lo. Para isso, recorre-se a PR, por ser um método empregado na elaboração de mudanças de estilo de vida (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015).

Para entender melhor esse recurso é importante contextualizar a recaída e os seus determinantes. Neste caso, recair é retornar ao padrão de consumo em que se encontrava antes de permanecer por determinado período em abstinência (RIGOTTO, GOMES, 2002). Para prevenir a recaída é fundamental identificar os pensamentos e comportamentos disfuncionais, para então reconhecer os eventos e as ações que podem se configurar como situações de risco para recaída. Fatores interpessoais e intrapessoais são determinantes para esse desencadeamento (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015). Entre os fatores interpessoais encontramos por exemplo: motivação, estados emocionais e autoeficácia. Já no contexto dos fatores intrapessoais está incluída a participação de outras pessoas (FERREIRA et al. 2016). Nesse processo estão envolvidos fatores cognitivos e comportamentais complexos e que muitas vezes dificultam a aderência do sujeito ao seu processo de recuperação (FERREIRA et al. 2016). Contudo, a PR é muito utilizada no tratamento para TUS, por ser reconhecida como um modelo bastante eficaz na tomada de consciência sobre o problema e na criação de estratégias para desenvolver hábitos mais saudáveis (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015).

Segundo as perspectivas da TCC e do modelo de PR, o sujeito está condicionado ao uso da substância, ou seja, tem um comportamento que foi aprendido conforme suas interpretações e interações produzidas no ambiente que o cerca. Dessa forma precisa romper com esse modelo de aprendizagem até então instituído para passar a aprender novos comportamentos mais saudáveis que o mantenha sem fazer uso de SPA (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013). É a mudança de estilo de vida a principal estratégia para concretizar a transformação do significado da substância em sua vida. (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015).

2.2.1 Programa de Prevenção da Recaída

O programa de Prevenção da Recaída realizado na Unidade de Psiquiatria de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desenvolve-se

baseado no *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*, manual proposto pelo *National Institute on Drug Abuse - NIDA* (1998), que compõe uma série de manuais para o tratamento da adição. A abordagem pode ser desenvolvida em atendimento individual ou em grupo, mas neste caso, entende-se que o modelo grupal propicia melhores resultados quando comparado ao individual, pois facilita a interação e compartilhamento de experiências que enriquece as respostas individuais e qualifica o tratamento (CARROLL, 1998).

Os temas abordados nesse grupo, como referido previamente, estão baseados no manual do NIDA. No entanto, ao longo do processo de implantação no plano de tratamento oferecido na Unidade, adaptações foram realizadas de forma a não seguir os dez temas propostas pelo NIDA, ele está organizado em três temas, desenvolvidos em seis sessões. É um grupo fechado e segue um roteiro pré-estabelecido. São realizadas duas sessões por semana, de forma que o participante completa o Programa em três semanas.

Durante a primeira semana, no primeiro encontro, ocorre atividade psicoeducativa baseada em uma contextualização geral do assunto, com foco em autoconhecimento e identificação de situações de risco para recaída. No dia posterior, é realizada tarefa referente a esses assuntos, onde se elabora um mapeamento de situações, pensamentos, sentimentos, reações corporais, com intuito de facilitar a identificação dos riscos e já se começa a pensar em comportamentos estratégicos para lidar com esses riscos. Na segunda semana se desenvolve melhor o tema fissura e se mantém a abordagem psicoeducativa seguida de sessão dedicada a realização da tarefa referente ao tema, de acordo com o material anexado a este trabalho (ANEXO A).

Por fim, na terceira semana se direciona o foco para as estratégias de enfrentamento às situações de risco para recaída e também estratégias específicas para lidar com a fissura. Na última sessão se confecciona um cartão de enfrentamento, de modo individual, com o objetivo de ser um cartão lembrete para lidar com situações difíceis ou de risco para recaída. Com o término das sessões todos os participantes recebem um certificado de conclusão do programa de PR.

2.3 FISSURA

Para melhor compreensão da recaída se avaliou os fatores contribuintes para esse processo. Foram constatados determinantes interpessoais, ou seja, as relações externas que o sujeito estabelece, entre elas: as interações sociais, aspectos ambientais, e os determinantes intrapessoais que englobam as emoções, motivação, expectativas, autoeficácia e fissura vistas como questões internas (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013; SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015).

A fissura está associada à recaída, uma vez que provoca pensamentos significativos em relação ao uso da substância e sensações corporais desagradáveis (FIGLIE, BORDIN, LARANJEIRA, 2010). Além disso, sua manifestação é bastante singular tanto em relação às questões supracitadas quanto à intensidade e ao tempo de duração, pois pode ser uma sensação leve, moderada ou intensa, e ter uma duração rápida ou então permanecer por horas, e pode ser entendida como o desejo de consumir a substância (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013).

Essa sensação provoca a ativação de componentes fisiológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais, por vezes, tão frequentes e intensos que acionam crenças permissivas a respeito do uso. Em consequência, os sujeitos passam a acreditar que a fissura só vai se extinguir se usarem a substância e se esquecem de que eles podem mudar este tipo de pensamento. A fissura se desencadeia, a partir de estímulos, denominados de sinais ou gatilhos. Ao entrar em contato com esses gatilhos são acionadas muito rapidamente as respostas condicionadas que levam o sujeito, muitas vezes, a não conseguir evitar o uso (SOUZA, ROCHA, ARAUJO, 2014; NEWMAN, 2013).

Por ser uma manifestação desagradável e bastante perturbador dos processos cognitivos, a fissura frequentemente leva os sujeitos com TUS que estão abstinidos a desenvolver episódios de lapso ou recaída. Por essa razão, há importância de compreender melhor esse determinante, isto é, identificar os gatilhos, reconhecer as crenças e comportamentos disfuncionais relacionados a esse evento. Para isso é necessário analisar aspectos ligados aos pensamentos, sentimentos e emoções. O processo de autoconhecimento influencia significativamente nessa questão (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015; SOUZA, ROCHA, ARAUJO, 2014).

Como mencionado anteriormente, no Programa de Prevenção da Recaída realizado a fissura é um dos temas abordados durante suas sessões, mais especificamente na segunda semana. Estipulam-se dois encontros para trabalhar com essa temática, sendo que no

primeiro se realiza uma abordagem psicoeducativa onde os sujeitos se conectam e aprendem sobre o assunto; no segundo eles são convidados a realizar a tarefa referente ao que foram instruídos no encontro anterior com acréscimo de suas experiências pessoais em relação aos episódios de fissura.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Conhecer as repercussões sobre a compreensão e o manejo da fissura de indivíduos com TUS que participaram de um grupo de Prevenção da Recaída.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar se a metodologia utilizada com o grupo é acessível a todos e se os conteúdos abordados são de fácil compreensão;
- Analisar se a participação em um grupo de Prevenção da Recaída interfere em questões relacionadas ao autoconhecimento dos participantes;
- Verificar se as experiências da participação no grupo contribuem com o modo em que os participantes se relacionam com a própria fissura.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Durante esta pesquisa voltamos a nossa atenção para as percepções de sujeitos participantes de um grupo de Prevenção da Recaída, a fim de observar os efeitos dessa abordagem na compreensão e manejo dos mesmos sobre a Fissura. Para isso foi necessário considerar aspectos relacionados às crenças, valores, pensamentos, expectativas, comportamentos, entre outros fatores. Esses aspectos são movimentos intrínsecos das relações humanas e se constituem em processos não quantificáveis (MINAYO, 2006).

Por esta razão, a presente pesquisa se desenvolveu através da perspectiva da abordagem qualitativa e seguiu os preceitos da pesquisa social qualitativa em saúde, pois esse modo de pensar e fazer pesquisa “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2002, p.22). A Pesquisa social qualitativa em saúde é um modo de fazer pesquisa que visa capturar o real e o simbólico, a partir das experiências dessas relações interpessoais, procura-se olhar o sujeito como ser social que está imerso e influenciado pela historicidade do mundo.

Para tanto, deve se respeitar o dinamismo das relações sociais, assim como a subjetividade expressa durante a interação do pesquisador com o objeto pesquisado, esse método leva em conta a diversidade dos processos, assim como a visão de mundo de ambos. De acordo com Minayo (2006), cabe ao pesquisador estar comprometido com o referencial teórico e metodológico que permeiam a pesquisa e igualmente com as implicações políticas, históricas, culturais, ideológicas e sociais que implicam no assunto em questão (MINAYO, 2006).

A partir disso, estivemos conectadas com os assuntos que permeiam essa pesquisa tanto em teoria quanto na prática. Visto que, além do contato com o referencial teórico, ambas as pesquisadoras se ocupam da área em questão, mais especificamente na assistência às pessoas em tratamento devido ao TUS.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Internação de Adição que integra a Unidade Álvaro Alvim (UAA) e pertence ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Essa unidade está localizada na cidade de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul (RS) e surgiu a partir da proposta de combate ao uso de crack e outras drogas criada através do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. As atividades desta unidade tiveram início no ano de 2012 como fruto de uma parceria entre o HCPA e a Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD) pautada no objetivo de ampliar a rede de assistência aos sujeitos usuários de crack (BRASIL, 2010).

Atualmente a Unidade dispõe de 22 leitos, entre leitos públicos e privados, tendo entre os critérios de ingresso: homens, com idade superior a dezoito anos e que necessitam de desintoxicação e tratamento para sintomatologias graves associadas ao uso de SPA, assim como a disponibilização de um programa qualificado de tratamento para o TUS. A internação é voluntária e a vaga é disponibilizada através da central de regulação de vagas para internações hospitalares, responsável por gerenciar o fluxo dessas internações via Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Porto Alegre. São recebidos os encaminhamentos apenas das emergências psiquiátricas e dos serviços especializados em Saúde Mental deste município.

O programa de tratamento é composto por três etapas. Na primeira etapa o paciente permanece restrito ao leito, pois precisa passar por avaliações cognitivas, psicológicas, clínicas e exames laboratoriais para descartar qualquer circunstância mais grave que possa colocá-lo em risco iminente. Neste período, caso esteja cognitivamente estável, já recebe orientações da equipe sobre o funcionamento da unidade, as regras e os horários das diferentes atividades.

Na segunda etapa é liberado para participar das atividades em grupo e realizar as refeições no refeitório. Recebe orientações dos pacientes mais antigos e tarefas pelas quais fica responsável para poder contribuir com a organização da unidade. São oferecidos tanto atendimentos individuais quanto em grupo, as abordagens englobam uma ampla avaliação dos problemas relacionados ao uso de SPA e as técnicas empregadas incluem manejo de

contingência, psicoeducação, entrevista motivacional, prevenção da recaída, terapia cognitivo-comportamental e práticas corporais.

Na etapa três se intensifica a preparação para a alta e os pacientes avançam para os grupos específicos, Manejo da Raiva, Prevenção da Recaída e Ensaio Comportamental. As relações sociais são consideradas também, familiares e pessoas significativas ao paciente são incluídas no tratamento e também recebem assistência. Não é determinado um tempo de internação igual para todos. A permanência deve respeitar a singularidade de cada um dos sujeitos atendidos, serão as suas necessidades individuais que determinarão o tempo certo de tratamento. Por fim, a unidade conta com uma equipe assistencial multiprofissional composta por profissionais das áreas da saúde, administrativa, segurança e higienização.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo refere-se a sujeitos do sexo masculino, com idade acima de 18 anos e com diagnóstico de TUS internados para desintoxicação e tratamento na unidade de Adição da Unidade Álvaro Alvim.

Critérios de inclusão: Estar motivado a cessar o uso, a seguir a manutenção da abstinência, participar do grupo de PR proposto na unidade de Adição da Unidade Álvaro Alvim.

Critérios de exclusão: Não foram incluídos nesta pesquisa sujeitos com sintomas psicóticos ou prejuízos cognitivos graves. Nem aqueles que ainda estavam em processo de desintoxicação, visto que os sintomas da síndrome de abstinência por uso de SPA poderiam interferir no processo de identificação e compreensão da fissura.

A amostra se deu por conveniência e correspondeu ao número de sujeitos internados que apresentaram os critérios mencionados anteriormente, ingressaram e participaram do grupo de PR no período de julho a setembro de 2019 resultando em um total de 10 participantes.

Sabíamos que esse número poderia vir a variar para mais ou para menos em função da tramitação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, bem como da dinâmica hospitalar, mais especificamente em função de altas e número de

leitos disponíveis para possíveis baixas, assim como a dinâmica dos fluxos da rede de saúde do município de Porto Alegre.

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

As coletas das informações ocorreram no período de julho a setembro de 2019, somente depois da aprovação do CEP do HCPA. Os pacientes que concluíram o programa do grupo de PR, na modalidade de grupo estruturado, eram convidados por uma das pesquisadoras para participar da pesquisa. As coletas aconteceram de modo individual, após o aceite de participação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido se iniciava o processo, realizado através de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), transcorridas em sala reservada por cerca de 40 minutos, pois se considera que

a entrevista é um processo de interação social, verbal e não verbal, que ocorre face a face, entre um pesquisador, que tem um objetivo previamente definido, e um entrevistado que, supostamente, possui a informação que possibilita estudar o fenômeno em pauta, e cuja mediação ocorre, principalmente, por meio da linguagem (MANZINI, 2004, p.9).

Aconteceram três ciclos do programa de PR durante os meses de julho a setembro de 2019. Cada ciclo contou em média com sete participantes. Nem todos os pacientes que participaram dos ciclos de grupos do programa de PR participaram desta pesquisa por não se encaixarem nos critérios de inclusão ou apresentaram um dos critérios de exclusão mencionados anteriormente.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os resultados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), considerada uma boa ferramenta para análise das comunicações humanas. Consideramos todo o conteúdo que foi expresso durante a interação do entrevistado com a pesquisadora obedecendo ao rigor e a ética exigida por esta técnica.

Essa ferramenta obedece a uma organização sistemática que precisa ser rigorosamente seguida para que os resultados sejam fidedignos. Essa organização é composta por três etapas, a primeira consiste na pré-análise, a segunda na exploração do

material e a terceira no tratamento dos resultados, ou seja, indução e interpretação destes (BARDIN, 2016).

Com isso, após transcrição das entrevistas iniciamos a leitura flutuante, logo categorizamos as informações e por fim realizamos o tratamento do conteúdo obtido relacionando com os objetivos iniciais da pesquisa e com a literatura científica da área.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho está registrado pelo N° do projeto GPPG ou CAAE 9623519300005327. A coleta das informações realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre seguiu as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466 de 12 de dezembro de 2012.

Os participantes desta pesquisa responderam as entrevistas somente após consentimento e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B). Foram preenchidas duas vias deste, ficando uma com o participante e a outra com as pesquisadoras responsáveis. Todos os direitos dos participantes foram preservados, inclusive o de desistir da pesquisa a qualquer momento sem quaisquer prejuízos consequentes. As entrevistas coletadas estão gravadas em dispositivo de pen drive foram transcritas pela pesquisadora e ficarão em sigilo e sob responsabilidade da mesma, preservadas em local seguro por cinco anos, após esse período todo o conteúdo será devidamente apagado. As identidades dos participantes são preservadas, sendo assim, foram identificados através de letras durante a explanação dos resultados e discussões.

O tema abordado nesta pesquisa poderia acionar emoções, memórias e sentimentos que poderiam provocar algum tipo de desconforto, o que consideramos como risco mínimo em relação à participação dos sujeitos nesta pesquisa. Ressalta-se que a participação foi totalmente voluntária, caso optassem por não participar, ou desissem a qualquer momento, não teriam nenhum tipo de prejuízo referente a essa ação. Também não tiveram nenhum custo em relação aos procedimentos envolvidos. Ainda, não foi previsto nenhum meio de pagamento ou benefício financeiro aos participantes desta pesquisa, durante ou após a participação. O vínculo institucional não sofreu nenhum tipo de dano ou alteração. E os possíveis benefícios são indiretos, ou seja, a participação serviu como contribuição para

a ampliação do conhecimento sobre a temática em questão e consequente aumento da possibilidade de aperfeiçoamento do tratamento oferecido aos sujeitos que acessam esse modelo de tratamento.

5 RESULTADOS

Essa pesquisa compreendeu um total de dez participantes que estiveram internados na Unidade de Psiquiatria de Adição da Unidade Álvaro Alvim e participaram do Programa do grupo de Prevenção da Recaída entre o período de julho a setembro de 2019. Ao observar as informações obtidas nas questões iniciais que se detinham mais ao perfil dos entrevistados notamos que, dos 10 participantes oito são solteiros, um casado e um divorciado. No que diz respeito à escolaridade, cinco possuem ensino fundamental incompleto, um ensino médio incompleto, dois com ensino médio completo, um com curso superior completo e um com pós-graduação completa. 50 anos foi a média de idade dos entrevistados.

Observamos também que o número de vezes que os pacientes estiveram internados para desintoxicação e tratamento sofreu variações, mas que todos os respondentes tiveram no mínimo duas ou mais internações, apenas um entrevistado teve mais que 10 internações. Quanto à substância de preferência alguns relataram mais que um tipo, observa-se aqui uma sutil associação do álcool com o crack. Dos 10 participantes sete se referiram ao álcool como substância de preferência e desses, três ainda incluíram o crack, também como substância de preferência sendo o motivo para estarem em tratamento. Dois referiram a cocaína como substância de preferência e um citou apenas o crack. Para uma melhor contemplação dos dados já mencionados, os apresentamos organizados no quadro 1:

Quadro 1 – Dados de identificação dos entrevistados do estudo

PARTICIPANTE	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	SUBSTÂNCIA DE PREFERÊNCIA	QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES
A	58 anos	Ensino fundamental incompleto	Solteiro	álcool e crack	2
B	59 anos	Ensino fundamental incompleto	Solteiro	álcool	3
C	41 anos	Ensino fundamental incompleto	Solteiro	cocaína	3
D	43 anos	Ensino médio completo	Solteiro	cocaína	3
E	45 anos	Pós-graduação completa	Solteiro	álcool	8
F	47 anos	Ensino fundamental incompleto	Solteiro	álcool e crack	+ 10
G	56 anos	Ensino fundamental incompleto	Solteiro	álcool	3
H	46 anos	Superior completo	Divorciado	álcool e crack	4
I	46 anos	Ensino médio completo	Solteiro	álcool	2
J	46 anos	Ensino médio incompleto	Casado	crack	7

Fonte: Elaboração da própria autora.

Para fins de interesses desta pesquisa cabe referir que dos dez participantes apenas três já haviam participado de outro grupo de PR anteriormente, um deles participou deste mesmo programa de PR em outro momento, numa internação anterior a esta, e os outros dois tiveram experiências com grupo de PR em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (Caps AD). Quanto ao tempo de abstinência da substância de preferência, observamos uma variação de 22 a 40 dias.

Em relação ao roteiro de entrevista semiestruturada, das questões direcionadas ao programa de PR se obtiveram as impressões e percepções dos entrevistados, as quais

alimentam as reflexões que serão explanadas na seção seis. Conforme as informações coletadas foram produzidas três categorias principais (quadro 2), são elas: características e limitações da abordagem, autoconhecimento, e ampliação de repertório. A conexão do referencial teórico, já apresentado, com as falas expressas durante as entrevistas foram balizadores para o processo de especificação de nove subcategorias: relevância da equipe, fundamentação teórica das ações, limitações cognitivas, baixa escolaridade, emersão de emoções e sentimentos, reconhecimento da fissura, identificação de gatilhos para fissura, mudança de pensamento, e comportamento e elaboração de estratégias e recursos. E para uma melhor compreensão estão organizadas no quadro 2:

Quadro 2 – Categorização das informações coletadas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Características e limitações da abordagem	Relevância da equipe
	Fundamentação teórica das ações
	Limitações cognitivas
	Baixa escolaridade
Autoconhecimento	Emersão de emoções e sentimentos
	Reconhecimento da fissura
	Identificação de gatilhos para fissura
Ampliação de Repertório	Mudança de pensamento e de comportamento
	Elaboração de estratégias e recursos

Fonte: Elaboração da própria autora.

6 DISCUSSÃO

A discussão das informações coletadas provém das experiências relatadas pelos participantes desta pesquisa, após concluírem o Programa de Prevenção da Recaída. Aqui se pretende verificar quais foram as repercussões na compreensão e no manejo de fissura. Procuramos escutar suas falas buscando além de responder aos objetivos da pesquisa compreender as possíveis impressões e percepções resultantes durante esse processo. Para isso nos apoiamos na própria expressão dos sujeitos entrevistados, assim como nas bibliografias citadas ao longo do referencial teórico e que estão organizadas nas referências bibliográficas deste trabalho.

Visto isso, verificou-se a importância de se manter diferentes abordagens associadas:

F: “Contribuiu sim, porque aqui eles pegam e fazem assim, bastante grupo né e aí a gente vai vendo né quantas coisas que nós podíamos saber antes e viemos a saber só agora né. Tem muita teoria né, é bom, agora tem é que praticar na rua lá né.”

J: “... eu tinha que aproveitar essa oportunidade e aqui eu vi uma grande uma imensa oportunidade com tudo que vocês me ofereceram, prevenção da recaída, mesmo eu não te feito o manejo da raiva, [...] bah tudo que eu aprendi aqui dentro, hoje com 46 anos eu não aprendi isso em dez anos de tratamento tudo que eu aprendi hoje, isso já foram de seis internações, fazendas...”

Considerando que, os diferentes grupos citados na menção acima, estão relacionados aos demais grupos realizados na unidade, os quais se baseiam em abordagens, como por exemplo: Entrevista Motivacional, Manejo de Contingência, Terapia de 12 passos, Manejo da Raiva, Projeto de Vida, acompanhamento nutricional, prática de atividades físicas, entre outras. A relação dos sujeitos com essas diferentes perspectivas potencializa o engajamento e a melhor compreensão de seus processos. A satisfação com o tratamento amplia a possibilidade de eficácia, tanto na adesão quanto na manutenção do tratamento (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

Assim como, uma significativa satisfação com o tratamento disponibilizado na unidade de adição da unidade Álvaro Alvim.

F: “Ah tudo bom também né, tudo importante né, nas outras clínicas nunca deram pra nós né, aqui eles fazem tratamento completo eu acho né. Tudo bom aqui né.”

G: “Olha tudo que pra mim o que que acontece aqui ou que dão pra gente fazer e ensinam a gente é bom, tudo é bom, a clínica é ótima, é ótima por isso que eu quis vim pra cá. É, é muito boa!”

A relevância da equipe demonstra qualidade na relação dos profissionais com os pacientes. Considera-se que o TUS mantém um expressivo impacto nas relações sociais, enfraquece, desestimula e rompe com os vínculos (APA, 2014). Desenvolver novas perspectivas em relação a produzir vínculos sociais saudáveis, dentro da unidade durante o tratamento possibilita uma nova perspectiva frente a essa questão (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011). Observa-se também influências na produção de vínculos saudáveis diante a relação entre os próprios pacientes.

D: “A gente tem uma treinadora boa que é a y, ela dá as aulas, então como... Hoje vai ser a minha segunda aula, eu tive muitas muitas aulas, então tá sendo bom.”

E: “Na verdade eu não tive dificuldade eu acho que vou falar de nome assim, a parceria do x com a z, ele é mais tranquilo né ela é mais direta assim, os dois são assertivos, mas ela é um pouco mais direta, é como se fosse um equilíbrio sabe e acho que eles colocaram muito bem os assuntos assim, existe um respeito mútuo entre os dois né, e eles deixam o grupo à vontade.”

A: “(Inaudível)... com os psiquiatras, com os colegas né, eu fui evoluindo, conforme foi passando eu fui evoluindo.”

Além do contentamento com a equipe, foi observada satisfação em relação ao material ofertado durante a participação no grupo de Prevenção da Recaída. Demonstrando que o conteúdo deve estar de acordo com as especificidades da população atendida.

E: “Não, o material é muito bom! Eu desconhecia assim, material em relação a fissura né, a gente lá no meu serviço a gente trabalhava com algumas estratégias dentro de algumas situações assim, mas toda essa parte teórica assim mais é... posso dizer assim médica comportamental entendeu, o porquê da coisa, porque que a fissura acontece como ela acontece né, a origem dela.”

No entanto ainda é necessário considerar aqueles que possuem baixa escolaridade, analfabetos ou semianalfabetos. Assim como pensar novas formas de atender a demanda que possui questões cognitivas implicadas. Pois o TUS pode gerar alterações cognitivas importantes, como demência e danos à memória, por exemplo (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015). E o acesso e entendimento do material estão diretamente relacionados à dimensão da capacidade de compreender aspectos referentes ao conteúdo (MATSUKURA, SALLES, 2016). Logo uma melhor compreensão do material leva a uma melhor compreensão sobre a temática, nesse caso a fissura.

B: “Eu sei pouco lê né. Vê um que entenda, pra me explicar direito. Eu não entendo, tenho dificuldade.”

C: “...tem gente que às vezes não tem um preparo um estudo pra entender as coisas assim né, as vezes é quase como tu fala e... a pessoa às vezes não tem, as vezes teria que ter um método mais... uma linguagem mais pra cada um das pessoas né que assim, que tem gente assim que não tem segundo grau ou primeiro grau todo, as vezes só tem sei lá três... terceira série...”

F: “Ah, eu tenho porque eu tenho quinta série né e nem é completa e tem palavras que eu não entendo né, aí eu fico só ouvindo né. Eu tenho uma dificuldade, memória fraca também né, eu tenho né.”

Outra categoria que emergiu foi: *autoconhecimento*, como um ponto muito importante a ser considerado. Por vezes as interações intrapessoais, emoções, sentimentos, pensamentos sofrem alterações ao longo do uso de SPA. Há, independente do modo de relação estabelecido, alterações neuro cerebrais que alteram as percepções influenciando as respostas aos estímulos externos e alterando o comportamento (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013).

Os processos cognitivos que produzem crenças disfuncionais e comportamentos disruptivos precisam ser alterados, mas antes disso ser identificados e reconhecidos pelo sujeito para que a mudança se efetive (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013). A participação no grupo de Prevenção da recaída possibilita aos sujeitos uma melhor percepção das emoções, sentimentos e pensamentos propiciando um estímulo positivo ao autoconhecimento. Ainda, possibilita o desenvolvimento e aprimoramento do autoconhecimento o que repercute na identificação da própria fissura, o que mais além

possibilitará o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à fissura (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

Em resposta ao seguinte questionamento: “- Após a participação no grupo como você passou a lidar com a fissura?”

C: Na eu não tô com fissura assim agora, só ansiedade. Sou ansioso mesmo já por natureza, mas ainda tô tranquilo, não tô com vontade de usar nem nada.

D: “...porque a recaída ela não vem só, não é só uma recaída não, a recaída em si não é um uso, a recaída em si ela vem vindo já de várias atitudes tuas, várias coisas que tu vem fazendo até chegar no uso né, então tu pode ser mal educado, tu pode acordar de mau humor, pode ter várias outras coisas além disso pra ti depois chegar no uso da droga que é final daí.”

Observa-se que durante o processo eles realizam uma série de estratégias para enfrentar episódios de fissura.

I: “É, porque eu comecei a andar na volta fui me deitar um pouco tomei um banho e me deitei pra tirar um sono, sair da cabeça, deu certo também.”

J: “Com certeza! Por causa dos gatilhos né, os meus gatilhos são mais emocionais, eu não sei lidar muito com a decepção com a, com a frustração né, então esse são mais os meus gatilhos. Entendeu, eu tenho que trabalhar mais esse meu lado emocional mesmo, eu sou muito sentimental né, qualquer coisinha me atinge me fere né, aí eu vou buscar na substância né, o meu refúgio, a minha fuga né.”

J: “... com o manejo eu tento, quando chegar lá eu tento ficar mais agora mais quieto, aí eu boto uma toalhinha em cima dos olhos entendeu, tento dá uma meditada antes de dormir assim pra ficar mais... aí é o que tem me ajudado.”

Contudo o ambiente protegido de estímulos relacionados aos hábitos disfuncionais pode interferir nessa identificação. Mas, não desestimula os ganhos obtidos com a intervenção do autoconhecimento, o qual também possibilita a identificação do problema e conscientização do TUS pelo próprio sujeito.

D: “...como tu tá aqui dentro “preso” é uma coisa né, quando tu tá lá na rua fora é outra, vai ser outra coisa bem diferente, totalmente diferente. Lá tu tá solto.”

Os gatilhos também passam a ser melhor identificados o que potencializa a melhor percepção dos episódios de fissura, com isso, auxilia o sujeito a evitar fatores que podem desencadeá-los (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

“ - Os assuntos que foram abordados sobre a fissura contribuíram para o seu tratamento? Porquê?”

C: “Ah! A me conhecer melhor. Lugares, hábitos de ativa, pessoas de ativa né. É não usar, não dá o primeiro gole, se for álcool ou droga né, é isso!”

E: “Eu tinha um pensamento assim, um pouco distorcido de fissura, que era uma coisa assim que ia durar pra sempre, que ela não passava. Eu não sabia que fissura poderia também se traduzir em vontade, em ansiedade né, que se eu me colocasse, por exemplo em situações de risco eu poderia aumentar a minha fissura ou não.”

Após identificação e conscientização do problema, pode-se estar de prontidão para a mudança de estilo de vida e manutenção dessa mudança. Para isso é necessário manter estratégias de enfrentamento aos episódios de fissura, assim como nas situações de risco para recaída. Logo para se criar estas estratégias é importante que se coloque em prática alterações na rotina, nas formas de relações interpessoais e se possível no ambiente (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

E: “...a gente tem que realmente tem que ter estratégias bem definidas né, na nossa cabeça assim e principalmente identificar aquelas situações que são mais de risco, os dias as horas é assim... próximo a que lugar tu está, entendeu? Que condição emocional tu tá naquele momento, então foi bem interessante.”

Partimos então para a categoria: Ampliação de Repertório. Esta se produz a partir de mudanças no cotidiano. Segundo Matsukura e Salles (2016), toda e qualquer alteração no cotidiano interfere no modo como o sujeito se relaciona com seus próprios hábitos assim como em suas relações interpessoais. Adquirir hábitos saudáveis proporciona a melhora das relações sociais, assim como da saúde integral. Para criação de novos hábitos é necessário que se amplie as atividades e ocupações do sujeito. Os papéis ocupacionais estão diretamente ligados a funcionalidade e autonomia. (MATSUKURA, SALLES, 2016). Com isso o foco na ampliação de repertório passa a ser fundamental e necessário para a mudança e manutenção de um estilo de vida abastémio e saudável (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

C: "Maneiras, situações que acontecem no dia a dia que a gente tem que passar porque todos passam e não é por isso que as pessoas se entorpecem, então é mais ou menos isso."

E: "É... aqui eu aprendi, por exemplo, a ler mais, eu comecei a escrever, comecei a pintar a trabalhar com cores né. ...Tava até estudando agora, tava lendo um livro do poder do hábito tentando entender um pouco melhor esse lance dos hábitos sabe, pra mim vai de encontro a isso aí."

F: "Fala em defesas né, aonde se deve, que se a gente tiver que ir pegar pão na padaria e tiver uma boca ali a gente dobra a esquina e vai pela outra rua assim."

J "É todas as ferramentas que se me apresentadas como prevenção e me foram apresentadas algumas, grupo de NA, grupo de AA [...] já tô pensando seriamente noventa dias noventa sessões... noventa grupos né, de NA, já peguei a lista dos grupos ali, já sei tudo onde é... os mais perto da minha casa, aonde é que eu vou aonde eu vou deixar de ir entendeu, já coloquei pro meu pai que os dias que eu posso trabalhar é só segunda de manhã, terça, quarta o dia todo, quinta de manhã e sexta de manhã pra mim não perder o ambulatório...quero botar em prática pra mim estudar, já era pra ter voltado a estudar terminar o segundo grau há tempos, mas agora eu vou fazer vou botar em prática eu vou ocupar a minha cabeça né..."

Ainda, a ampliação do repertório potencializa a alteração no sistema de crenças, o que possibilita ao sujeito a manutenção de um melhor gerenciamento de suas emoções e sentimentos, assim como, a produção de novos modos de pensar e agir, e conseqüentemente ter uma mudança emocional e comportamental permanente (BECK, 2013). O sujeito não pode apenas cessar o uso, pois ele necessita dessa mudança de estilo de vida para romper com velhos hábitos disruptivos e comportamentos disfuncionais que podem levá-lo aos episódios de recaída (ZANELATTO, LARANJEIRA, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração deste trabalho se observou que o uso exacerbado de SPA possibilita aos sujeitos a produção de hábitos disruptivos e comportamentos disfuncionais. Ainda, o desenvolvimento do TUS é uma consequência complexa, bastante limitante que interfere na vida individual e coletiva, inclusive os prejuízos produzidos causam importantes impactos nocivos à vida social de modo geral. Com isso, há perdas consideráveis na funcionalidade e autonomia desses sujeitos. Para romper com esse processo é necessária intervenção terapêutica para que se estabeleça um novo processo, o da reabilitação.

Compreende-se também que muitos sujeitos com TUS necessitam e optam por manterem-se abstêmios. Desse modo, nos detemos a analisar o grupo de Prevenção da Recaída como abordagem indicada para a manutenção da abstinência. Visto que, para a manutenção desta é necessário uma mudança de hábitos e adoção de um diferente estilo de vida, onde a SPA não é mais o foco da atenção do sujeito. Portanto, realizamos a pesquisa, de abordagem qualitativa, onde através das entrevistas semi estruturadas extraímos informações que elucidaram nossos objetivos.

Tinha-se intuito de conhecer as repercussões da participação de sujeitos com TUS no Programa o grupo de Prevenção da Recaída proposto na Unidade de Psiquiatria de Adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA. Assim como verificar alterações na compreensão e manejo de fissura destes participantes, além de explorar a qualidade do material disponibilizado durante as sessões. Outro de nossos objetivos específicos era identificar se a participação no Programa do grupo de Prevenção da Recaída interfere em questões referentes ao autoconhecimento.

Ao analisar as informações coletadas se verifica que a participação no Programa do grupo de Prevenção da Recaída influencia na mudança de pensamentos e auxilia na identificação das emoções. Dessa forma, os sujeitos passam a desenvolver estratégias, o que podemos considerar como novas formas de compreender e lidar com suas emoções e pensamentos. Há um estímulo importante do autoconhecimento que se reflete em uma alteração comportamental, visto que são adotados novos modos de agir com situações tanto conhecidas quanto novas que possam surgir. Também se observa a ampliação de repertório como ferramenta potente para se alcançar uma ruptura com hábitos disfuncionais. A partir

da ampliação de atividades o sujeito expande potencialmente para o conhecimento de um estilo de vida antes desconhecido, provocando a busca pela prática de novas atividades sem o uso das SPAs. Com isso, a compreensão e o manejo da fissura sofrem alterações relevantes para a vida desses indivíduos.

Podemos observar também a relevância de abordagens psicoeducativas presentes no tratamento para pessoas com TUS, assim como, a importância de se disponibilizar materiais adequados ao público alvo; ainda, constata-se que o desenvolvimento do vínculo com os terapeutas e a manutenção deste vínculo, além de ampliar as perspectivas sobre as relações interpessoais auxilia na boa adesão e manutenção desse processo. Fatores estes que contribuem e potencializam o processo de reabilitação. Acrescenta-se como sugestão uma revisão do material utilizado a fim de qualificar o acesso às especificidades da população em questão.

Dentre as limitações da pesquisa está o número de respondentes às entrevistas semi estruturadas, fato que ocorreu devido ao fluxo de altas e baixas hospitalares, assim como a permanência de pacientes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão já relatados na metodologia deste trabalho. Uma vez que ampliando o número de entrevistados pode-se ampliar a série de conteúdos a explorar. Contudo, ressaltamos novamente a relevância desta pesquisa e a importância de dar continuidade ao estudo dos temas apresentados, a fim de aprofundar as questões abordadas e ampliar as discussões no contexto da Saúde Mental, propiciando contribuições à atenção e ao cuidado aos sujeitos em tratamento para o TUS.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sergio. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal estar contemporâneo**. Organizadores: Sergio Alarcon e Marco Aurélio Soares Jorge, Rio de Janeiro, p. 45-62, 22 ed. Fiocruz 2012.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM. 5** ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, ed., 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de Maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de Maio 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm> Acesso em: 02 de outubro de 2018.

CAFRUNI, Karine Hahn; BROLESE, Giovana; LOPES, Fernanda. Tratamentos não Farmacológicos para Dependência Química. Tratamentos Não Farmacológicos para Dependência Química. In: **Diaphora**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 10-19, set. 2014. ISSN 2238-9709. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/32>>. Acesso em: 22 de setembro de 2018.

CARROLL, Kathleen. A Cognitive- Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. In: **Therapy Manuals for Drug Addiction**, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Yale University, Maryland, 1998.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre, Artmed, 2011.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes et al. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, mar. 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34292>> Acesso em: 6 de outubro de 2018.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**, 2. ed. São Paulo, Roca, 2010.

GUERRA, Marcella Regina Silva Rieiro; VANDENBERGHE, Luc. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. In: **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, UFSJ, v.12, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2647/1752> Acesso em: 23 de setembro de 2018.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**. A pesquisa qualitativa em debate. Anais Bauru: USC, 2004.

MATSUKURA, Thelma Simões; SALLES, Mariana Moraes (org.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação. Perspectivas da terapia ocupacional no campo da Saúde Mental**, EduFSCar, São Carlos, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**, 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**, 9 ed. Hucitec, São Paulo, 2006.

NEWMAN, Cory. Cognitive Therapy of Substance Abuse. **Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy**. Participação no CBT for Substance Abuse Workshop, 2013.

SANTOS, Mirian Pezzini dos; ROCHA, Marcelo Rossoni da; ARAUJO, Renata Brasil. O uso da técnica cognitiva substituição por imagem positiva no manejo do craving em dependentes de crack. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 2, p. 121-126, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200121&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 6 de outubro de 2018.

SILVA, Luzia de Fátima Moraes; BRANCO, Marília Fontes de Castelo; MICCIONE, Mariana Moraes. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química: uma revisão de literatura. **Rev. Estação Científica**, Juiz de Fora, n.13, jun 2015. Disponível em: <http://portal.estacio.br/docs%5Crevista_estacao_cientifica/01-13.pdf> Acesso em: 16 de setembro, 2018.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. Embasamento Político das Concepções e Práticas Referentes às Drogas no Brasil. In: **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas** (Edição Em Português), São Paulo, v. 3, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38656>> Acesso em: 16 de setembro de 2018.

ZANELATTO Neide Aparecida; LARANJEIRA Ronaldo. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Dados de identificação

Nº da entrevista: _____

Idade: _____ Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo

Escolaridade: () Fundamental incompleto () Médio completo () Superior incompleto

() Fundamental Completo () Médio incompleto () Superior completo

Último uso: _____

Primeira Internação: () sim () não, quantas: _____

Substância de preferência: () álcool () tabaco () cocaína () crack

() maconha () outros

1. Já participou anteriormente de outro grupo de Prevenção da Recaída?
2. Quais eram as suas expectativas em relação a sua participação neste grupo?
3. Os assuntos abordados contribuíram para o seu tratamento? Por quê?
4. Após a participação no grupo como você passou a lidar com a fissura?
5. Em relação ao material sobre a fissura que você recebeu, qual a sua opinião?
6. Qual foi a sua maior dificuldade?

ANEXO A - MATERIAL SOBRE FISSURA UTILIZADO NO GRUPO DE PREVENÇÃO DA RECAÍDA (SESSÃO 2 E 3)

FISSURA

- O desejo de consumir substâncias faz parte da dependência química;
- A vontade de usar é como uma onda, ela atinge um pico depois desce;
- Desejo de repetir a experiência de uso da substância e antecipar efeitos associados a utilização.



- Descrever a fissura
- Crenças sobre fissura
- Identificação de mudanças no corpo quando tem fissura

REGISTRO DIÁRIO DE FISSURA

DATA/HORA	SITUAÇÃO, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS	INTENSIDADE DA FISSURA (1 - 10)	DURAÇÃO DA FISSURA	QUAL ESTRATÉGIA EU UTILIZEI?
SEXTA-FEIRA 15H	BRIGO COM O CHEFE FRUSTRADO IRRITADO	7	15 MINUTOS	LIGUEI PARA CASA, CONVERSEI COM A MARIA
SEXTA-FEIRA 19H	ASSISTINDO TV ENTEDIADO	6	25 MINUTOS	VOU PRA CAMA MAIS CEDO
SÁBADO 21H	QUERO SAIR E TOMAR UMA BEBIDA EUFORIA	9	45 MINUTOS	VOU FAZER MEDITAÇÃO

DATA/HORA	SITUAÇÃO, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS	INTENSIDADE DA FISSURA (1-10)	DURAÇÃO DA FISSURA	QUAL ESTRATÉGIA EU UTILIZEI?

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE 9623519300005327

Título do Projeto: Compreensão e manejo de fissura dos sujeitos com transtorno por uso de substâncias após a participação em um grupo de prevenção de recaída.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer as repercussões da abordagem de um grupo de Prevenção da Recaída na percepção dos sujeitos internados para tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias em uma unidade hospitalar em relação à compreensão e ao manejo da fissura. Esta pesquisa está sendo realizada por integrantes do núcleo de Terapia Ocupacional da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Ser informado com clareza sobre as intenções desta pesquisa. Após estar ciente e em concordância com este processo você responderá uma entrevista que terá duração de aproximadamente quarenta minutos e será realizado no espaço da unidade de internação de adição da Unidade Álvaro Alvim, pertencente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em sala de consultório reservada e adequada para isso. Com o seu consentimento a entrevista será gravada e após arquivada em dispositivo de pen drive que ficará sob os cuidados e responsabilidade da pesquisadora responsável por um período de cinco anos e após será totalmente excluída.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são provenientes do contato do participante com o tema abordado, o qual pode acionar emoções, memórias e sentimentos que podem trazer algum tipo de desconforto emocional.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são indiretos, ou seja, ampliação do conhecimento acerca do assunto e consequente possibilidade de aperfeiçoamento do tratamento oferecido.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Karina Proença Ligabue, pelo telefone (51) 3359-6478, com a pesquisadora Ana Caroline Ramos dos Santos, pelo telefone (51) 3359-6482 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do(a) pesquisador(a) que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____