

TUS NO CAPS AD DE PORTO VELHO-RO

REVISTA
SABERES
DA AMAZÔNIA
CIÊNCIAS JURÍDICAS, HUMANAS E SOCIAIS



VOL. 5 | N. 11

Julho-Dezembro 2020 | ISSN: 2448-0576

FATORES ASSOCIADOS À RECAÍDA NA PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO DO TUS NO CAPS AD DE PORTO VELHO-RO

Cristiano de Almeida Fernandes
Laís Mônica da Silva Serra
Lívia Rugério Diógenes
Rafael Ademir Oliveira de Andrade

RESUMO

Resumo: O presente artigo teve por objetivo analisar os fatores associados à recaída referidos por pacientes diagnosticados com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) e em tratamento ativo no CAPS ad de Porto Velho, realizando um levantamento de características sociodemográficas da população estudada, investigando a percepção dos pacientes acerca dos fatores associados à recaídas e identificando os principais elementos relacionados à recaída. Participaram do presente estudo 50 indivíduos de ambos os sexos, sendo 40 homens e 10 mulheres, com idade igual ou acima de 18 anos. A seleção da amostra ocorreu por conveniência. Para a coleta de dados foram utilizados dois (02) questionários elaborados pelos autores na plataforma Google Forms, além desses instrumentos foram utilizados um notebook, internet e uma sala disponibilizada pelo CAPS ad de Porto Velho. Os resultados demonstram que as causas são multifatoriais, sendo a categoria Dificuldade em lidar com sentimentos e emoções o principal fator ligado às recaídas. Os resultados foram interpretados à luz do viés analítico comportamental onde constata-se a importância do desenvolvimento de atividades interventivas para o aumento de repertórios de resiliência em relação a eventos privados aversivos por parte dos pacientes em tratamento do TUS, assim como, propostas terapêuticas que atuem na diminuição da esquia experiencial em busca de uma maior aceitação do desconforto e flexibilidade psicológica.

Palavras-chave: TUS. Fatores de recaída. CAPS ad.

FACTORS ASSOCIATED WITH RECURRENCE IN THE PERCEPTION OF INDIVIDUALS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS

ABSTRACT

This article aimed to analyze the factors associated with relapse referred by patients diagnosed with Substance Use Disorder (TUS) and in active treatment at the CAPS ad in Porto Velho, carrying out a survey of sociodemographic characteristics of the population studied, investigating the perception of patients about the factors associated with relapse and identifying the main elements related to relapse. Fifty individuals of both sexes participated in the present study, 40 men and 10 women, aged 18 years or over. The sample selection occurred for convenience. For data collection, two (02) questionnaires prepared by the authors on the Google Forms platform were used, in addition to these instruments, a notebook, internet and a room provided by the CAPS ad of Porto Velho were used. The results show that the causes

are multifactorial, with the category Difficulty in dealing with feelings and emotions being the main factor linked to relapses. The results were interpreted in the light of the behavioral analytical bias, where the importance of developing interventional activities to increase resilience repertoires in relation to aversive private events on the part of patients undergoing TUS treatment, as well as therapeutic proposals that act in decreasing experiential avoidance in search of greater acceptance of discomfort and psychological flexibility.

Keywords: SUD. Relapse factors. CAPS ad.

INTRODUÇÃO

Advindo de tempos longínquos, o consumo de drogas é considerado uma prática milenar realizada por diferentes povos e culturas espalhadas pelo globo, há registros arqueológicos que revelam indícios do uso de substâncias psicoativas (SPA) que datam de 6.000 anos a. C. Em um panorama geral, o uso de drogas pela humanidade ocorria com fins terapêuticos, religiosos ou recreativos, entretanto, ao longo dos anos, a partir da revolução industrial, há um crescimento na oferta e conseqüentemente no consumo (CEBRID, 2022). Considerando a diversidade de conceituações para o termo “droga” na literatura, neste estudo a definição de “droga” será concebida como qualquer substância capaz de causar alterações fisiológicas ou comportamentais em organismos vivos, exceto a água e o ar, considerando tanto as substâncias lícitas, como álcool, tabaco, café e medicamentos, quanto às substâncias ilícitas, como por exemplo, cocaína, crack, maconha, entre outras (CEBRID, 2022).

Atualmente o consumo de drogas em larga escala e a níveis substâncias se tornou mais recorrente, como demonstra o Relatório Mundial sobre Drogas divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2021), onde 275 milhões de pessoas fizeram uso de drogas em 2020, sendo avaliado um quantitativo de 36 milhões de pessoas que vivenciam o transtorno por uso de substâncias (TUS), e necessitam de tratamento e acompanhamento profissional para vencer o vício. A literatura aponta que pessoas que vivenciam o TUS, apesar das conseqüências prejudiciais provocadas pelo consumo da droga continuam mantendo o uso das SPA devido ao efeito reforçador e de alta magnitude da conseqüência que ocorre em curto prazo, o que promove as dificuldades de reduzir ou suspender o consumo, propiciando as recaídas de modo que o indivíduo retorna aos níveis anteriores de uso (APA, 2014). Com o aumento de pessoas usando drogas a dificuldade em cessar o consumo

assume um eixo importante na discussão pertinente aos atuais problemas de saúde pública, à medida que essa dinâmica cíclica do retorno ao vício afeta profundamente a vida dos usuários, podendo levar a prejuízos na qualidade de vida atingindo o contexto pessoal, familiar e profissional.

Desse modo, devido a importância do tema “recaídas” para o tratamento do TUS, a presente pesquisa se constroi em busca de responder quais são os principais fatores associados à recaída de indivíduos em atendimento no CAPS ad de Porto Velho/RO, objetivando analisar os fatores associados à recaída no tratamento de pacientes com transtornos por uso de substâncias atendidos no CAPS ad de Porto Velho, através do levantamento das características sociodemográficas da população estudada, da investigação da perspectiva dos pacientes acerca dos motivos relacionados as suas recaídas e da identificação dos principais fatores associados à recaída.

Sendo assim, a fim de oferecer dados que auxiliem na construção de alternativas para a diminuição dos índices de recaída e proporcionem um possível aprimoramento de estratégias interventivas na qualidade do tratamento já ofertado na cidade de Porto Velho, sob o prisma da ciência do comportamento, este estudo se dedica a ampliar o conhecimento sobre o tema para toda a sociedade e contribuir com as políticas públicas municipais de tratamento ao TUS.

REFERENCIAL TEÓRICO

Aspectos do consumo de SPA sob a ótica da Análise do Comportamento

Existe uma ampla gama de teorias que se propõe a explicar os “porquês” de pessoas consumirem drogas, abrangendo desde concepções do senso comum, que atribuem a causa destes comportamentos à falta de caráter ou a simples vontade do indivíduo de querer consumir, a teorias psicológicas, que partem do prisma internalista justificando a causa do consumo de substâncias como um adoecimento mental, atribuindo a *psiqué* a ideia de causalidade.

Seguindo uma linha de compreensão divergente das supracitadas, a Análise do Comportamento, uma ciência natural baseada na filosofia behaviorista radical,

busca por explicações causais dos comportamentos dos indivíduos (filogenético¹, ontogenético² e cultural³) partindo de sua interação com seus ambientes públicos (físicos e sociais) e privados (biológicos e históricos), compreendendo o conceito de comportamento como produto das interações que ocorrem em contingências das quais os indivíduos vivenciam ao longo da vida. Epistemologicamente a análise do comportamento se distingue de outras teorias psicológicas por buscar a explicação para as causas do comportamento dos indivíduos de fora para dentro, isto é, sob um olhar externalista, funcionalista, monista e pragmático (TODOROV, 2007; MOREIRA; MEDEIROS, 2018).

Ao conceber o indivíduo como um ser biopsicossocial, a partir de um olhar contextualista, a análise do comportamento propõe um modelo causal de explicação considerando que todo comportamento tem causas, ocorre em algum contexto e possui uma consequência capaz fortalecer ou enfraquecer a probabilidade de sua ocorrência no futuro. A consequência que aumenta as chances de um comportamento ocorrer é denominada de reforço, sendo o tipo de consequência que mantém o padrão de comportamento emitido (SKINNER, 1981; MOREIRA; MEDERIOS, 2018).

Isto é, o consumo de substâncias pode produzir no organismo sensações de prazer, euforia, relaxamento, entre outras, que são interpretadas como consequências reforçadoras à medida que aumentam a probabilidade de indivíduos voltarem a se comportar fazendo uso da substância, contribuindo para manutenção do padrão comportamental de consumo. A partir do estabelecimento do padrão de uso da substância o indivíduo pode apresentar dificuldades de redução do consumo devido a influência das consequências reforçadoras nas esferas biológica, psicológica e social. Adentrando ao ponto de vista biológico existe um processo chamado de fissura ou *craving*, que ocorre com os indivíduos durante o período em que estão privados da droga, o manual diagnóstico define da seguinte maneira:

A fissura envolve condicionamento clássico e está associada à ativação de estruturas específicas de recompensa no cérebro. Investiga-se a fissura ao perguntar se alguma vez o indivíduo teve uma forte necessidade de consumir a droga a ponto de não conseguir pensar em mais nada. A fissura atual costuma ser usada como medida de resultado do tratamento porque pode ser um sinal de recaída iminente. (DMS-5, 2014, p. 527).

¹ Refere-se aos comportamentos que advindos da seleção natural das espécies.

² Refere-se aos padrões de comportamento advindos da seleção por consequências.

³ Refere-se aos padrões de comportamento advindos da seleção por consequências através de práticas culturais.

Sendo assim, devido ao sistema de recompensa cerebral possui a função de sobrevivência selecionada pelo processo de filogênese das espécies, esse sistema é ativado quando os organismos se alimentam, praticam sexo ou se saciam da cede, todavia, também é acionado no contato da SPA com o organismo, o que aumenta as chances de buscas consecutivas pela consequência reforçadora a que o organismo foi exposto apesar dos problemas relacionados ao consumo (MITSUHIRO, 2013), o que dificulta a recusa da droga, produz a fissura e oportuniza a recaída.

No âmbito psicológico, em termos de seleção de comportamentos através das consequências no processo de ontogênese, quando o uso de SPA passa a ocorrer em momentos de tristeza ou fragilidade emocional e os indivíduos não possuem repertório para lidar com suas emoções aversivas, ao serem consumidas as SPA amenizam os respondentes fisiológicos de frustração, tristeza, ansiedade, angústia entre outros, de modo que essa consequência reforça o padrão aumentando as chances de voltar a ocorrer em circunstâncias semelhantes, nesse caso a esfera psicológica é explicada pelas consequências de reforço negativo (BRITTO et al., 2012).

Já no domínio social, os comportamentos selecionados pelas consequências promovidas pela cultura em situações como: festas, acesso fácil a substância, encontros com amigos, representam contingências influentes para a recaída, pois, à medida que o consumo de SPA ocorre em ambientes sociais de confraternização, a consequência reforçadora aqui é promovida pela validação social e incentivo da comunidade verbal do sujeito, como amigos e familiares (BRITTO et al., 2012). Estes fatores explicam, como relações de consumo de drogas são estabelecidas e podem ser mantidas e corroboram que o entendimento das condições passadas, histórico de aquisição do comportamento atual, e das atuais, relacionadas ao comportamento futuro, são imprescindíveis para a compreensão da função, previsão e controle das respostas comportamentais.

Em suma, as contingências em que o comportamento de usar drogas ocorre, se tornam poderosas fontes reforçadoras, o que pode levar o indivíduo a estabelecer uma relação de compulsão com as SPA em uma dinâmica cíclica, o vício, gerando transtornos, conflitos e sofrimento e dificuldades em abandonar consumo.

O transtorno por uso de substâncias (TUS)

O transtorno por uso de substâncias (TUS), é um problema de saúde pública que afeta diversos aspectos da vida dos usuários, sendo uma característica elementar do TUS a presença de sintomas cognitivos, comportamentais e físicos que indicam o uso continuado, prática essa que pode evoluir para quadros mais graves e até mesmo para o óbito (CID-11, 2022; APA, 2014). A recorrência no uso provoca um aumento de problemas para o usuário e sua família, podendo atingir todo o seu contexto físico, emocional e social e, é nesse grupo que ocorrem as lesões neurológicas, o surgimento de comorbidades psiquiátricas como depressão e ansiedade entre outras, os conflitos interpessoais, e o próprio TUS (APA, 2014). Todavia, de acordo com Kosten (2018), apesar de apresentarem problemas relevantes advindos do uso de SPA, o sujeito mantém o padrão de comportamento de consumo, onde é estabelecida uma relação de dependência.

Visando neutralizar conotações de que o uso abusivo é menos prejudicial do que a dependência química, que se trata de um fenômeno farmacológico, podendo ou não estar presente nestes transtornos, é que a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) adota o termo Transtorno por uso de substâncias (TUS), não havendo uma separação ou hierarquização entre uso abusivo e dependência química como outrora (APA, 2014). Em virtude do TUS ocorrer devido ao uso contínuo e habitual de substâncias psicoativas (SPA), o processo diagnóstico se dá por meio de critérios estabelecidos pelo já citado DSM-5 e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), que apresentam características a serem consideradas na análise na identificação de padrões comportamentais patológicos ligados ao uso baseado nos sintomas e critérios definidos.

Conforme DSM-5 (2014), o diagnóstico é realizado considerando quatro eixos, baseados no padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso, sendo estes: o baixo controle, desejo malsucedido de reduzir, diminuir, descontinuar ou regular o uso; mantém todas as atividades diárias em torno da substância; manifestação da fissura, com o desejo intenso de consumir a droga; os prejuízos psicossociais, fracasso em cumprir obrigações sociais relacionadas ao trabalho, escola ou lar; consumo recorrente, mesmo diante dos problemas pessoais ou interpessoais causados; abandono de atividades prazerosas; os riscos físicos, uso recorrente em situações de risco à integridade física, e por fim, os critérios farmacológicos e abstinência, relacionados a tolerância ao uso, fazendo com que o

organismo necessite de doses mais acentuadas, e crises de abstinência, quando o consumo ocorre para aliviar os sintomas físicos causados pela privação da SPA. Os critérios descritos DSM-5 em cada um desses eixos totalizam 11, sendo assim, se nos últimos 12 meses o indivíduo estiver apresentando de dois a três desses 11 critérios ele está em um quadro leve, já de quatro a cinco é considerado um grau moderado e se identificado seis ou mais desses critérios tem-se um quadro grave.

Já segundo a CID-11 (2022), o diagnóstico é realizado pela obtenção da história detalhada do indivíduo, considerando o padrão de consequência do uso, os danos para a saúde física ou mental e perturbações provocadas. Deve ser feito o diagnóstico se três ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou manifestados nos últimos 12 meses, sendo estes: tolerância, necessidade de consumir crescentes quantidades de substância para atingir a intoxicação e provocar um aumento prolongado no uso; impacto nas atividades, indivíduo reduz as atividades prazerosas, se isolando do mundo social e buscando apenas atividades que beneficiem o consumo das substâncias, e danos à sua própria saúde física ou mental ou de outros.

Ao avaliar os critérios diagnósticos e os padrões comportamentais dos indivíduos com TUS, verifica-se a história de consumo, quais as substâncias, os impactos do uso de SPA nos contextos dos indivíduos e o grau do transtorno. O insucesso do indivíduo na tentativa de se manter abstinente é o principal desafio, o que faz com que o tratamento para o TUS se constitua como um processo que requer intervenções interdisciplinares (CID-11, 2022).

Tratamento para a gestão do TUS

As pessoas que vivenciam o TUS e buscam por assistência encontram auxílio em grupos de suporte, como o Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), com a proposta dos 12 passos, reafirmação diária e apoio de pares em reuniões semanais. Há também hospitais gerais, em casos de intoxicação ou clínicas particulares para internação, assim como, as comunidades terapêuticas (CTs) e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) (RIBEIRO, 2004).

As CTs, segundo o Ministério da Saúde (2020), são instituições terapêuticas que, em regime de residência, prestam serviços de apoio e atenção a pessoas que possuem transtornos por uso, abuso ou dependência psicoativas. Seus serviços são regulados pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 29 (2011), que deve

utilizar como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares, prestando serviços de atividade física e desportiva, atendimentos em grupo e individual, atendimento médico, atendimento a família e com foco na reinserção social do residente. Contudo, Silva e Calheiros (2017) chamam a atenção para o fato de que as comunidades terapêuticas apresentam grande escassez no quadro de profissionais especializados no tratamento do TUS, de modo que o apoio entre pares se torna o pilar do tratamento. Os autores também salientam que o tratamento ofertado por essas comunidades terapêuticas possui exclusivamente o viés religioso, o que sinaliza a necessidade de maiores fiscalizações deste serviço.

Em contrapartida, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo o Ministério da Saúde (2017), são estratégicos, abertos à comunidade e prestam atendimento prioritário às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, no CAPS ad, ocorre o atendimento especializado a pessoas com transtornos pelo uso de álcool e drogas. De acordo com a portaria nº 1.430 (2012), O CAPS ad realiza plantões diários de acolhimento a quem sofre com o TUS, sendo prestados serviços de psicoterapia, atendimento domiciliar, atendimento a família e em grupos e atividades de reabilitação. O CAPS ad é essencial no tratamento, pois oferece um serviço contínuo e multidisciplinar de reinserção social, seguindo as diretrizes do SUS. Conforme o Conselho Federal de Psicologia (2013), o SUS reforça o trabalho preventivo, de redução de danos, direcionado para a diminuição das consequências danosas do uso de SPA.

Principais fatores de recaída apontados na literatura

O tratamento do TUS se dá de forma complexa e o retorno ao uso da substância ocorre em muitos casos, o que faz com que a recaída seja considerada parte do processo de reabilitação (ALVAREZ, 2017, p. 189). Conhecer os eventos que reforçam a recaída possibilita agir sobre eles, modelando o comportamento, criando condições de ajuda, sendo possível aprimorar os processos de prevenção e de intervenção que auxiliem no tratamento.

Para Diehl et al. (2011), a recaída é definida como o retorno dos padrões de comportamento anteriores, por outro lado, Júnior e Ribeiro (2018), ressaltam que recaída é quando o ocorre o retorno do consumo, de forma intensa e em maior quantidade e em uso contínuo e destacam que esse processo não deve ser visto como fracasso e sim com olhar de aprendizado. Há diversos motivos que contribuem para

que o processo de recaída ocorra, sendo influenciada pelas situações ambientais e habilidades que cada indivíduo tem de enfrentá-las.

Os conflitos emocionais como tristeza, angústia, ansiedade e a falta de autocontrole estão altamente ligados a casos de dependência, sendo autocontrole o comportamento de escolher uma alternativa que leva a consequências reforçadoras de longo prazo em uma recusa as consequências reforçadoras de curto prazo, portanto, conhecer as armadilhas que reforçam o comportamento de consumir substâncias ajudam no desenvolvimento de repertórios de autocontrole (BAUM, 2006). A fissura intensa também é elencada como um fator de recaída no momento da alteração básica dos circuitos cerebrais do período de desintoxicação, os efeitos comportamentais expõem os indivíduos a estímulos que favorecem as recaídas, provocando um desejo intenso de consumir a substância (APA, 2014).

A literatura aponta que os principais pontos que favorecem as recaídas são: emoções negativas, situações ambientais de alto risco, companhias, dificuldade de lidar com frustrações, ansiedade, depressão, inatividade, perdas e o sentimento de impotência (MENDES; CARVALHO et al., 2011; KNAPP et al., 1994; MARLATT; GORDON, 1993). Em pesquisas realizadas por Álvarez (2007), evidenciou-se que os principais fatores ligados à recaída são influenciados por pressão social, conflitos interpessoais, estados emocionais negativos, assim como a própria dependência fisiológica e psicológica. Outro estudo feito por Gabatz (2013), com 30 participantes, também refere que a incapacidade de lidar com as crises e frustrações se mostra mais presente nos fatores associados à recaída. Diante do exposto é possível compreender que devido ao caráter multifacetado dos fatores de recaída do TUS é que se faz imprescindível investigações, que possam nortear a prática de prevenção das recaídas durante o tratamento, através de dados que apontem em que caminho seguir.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem quantitativa (GIL, 2017). Participaram do estudo de forma voluntária cinquenta (50) indivíduos que estão com tratamento ativo no CAPS ad de Porto Velho, com idade igual ou acima de 18 anos, diagnosticados com TUS e que tivessem vivenciado uma recaída nos últimos 12 meses. Entre os indivíduos selecionados havia quarenta (40) homens e dez (10)

mulheres. A seleção da amostra ocorreu por conveniência e ambos os gêneros frequentavam o CAPS ad de Porto Velho, onde foi realizada a pesquisa.

Para a coleta de dados foram elaborados pelos autores dois (02) questionários na plataforma Google Forms baseados em informações coletadas na literatura sobre o assunto, de forma que contemplassem o objetivo do estudo, além desses instrumentos foram utilizados um notebook e uma sala disponibilizada pelo CAPS ad.

Na primeira seção foram exibidos a apresentação da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, previstos na Resolução nº 466/2012, salientando os riscos e benefícios da pesquisa, respectivamente, na qual era solicitado ao participante que preenchesse três campos. O primeiro solicitava o sexo do participante, o segundo solicitava data de aplicação e o terceiro requeria o consentimento para a participação. Os três campos composto por perguntas fechadas. As perguntas tinham caráter obrigatório, portanto, o participante apenas poderia ter acesso ao questionário se aceitasse participar voluntariamente da pesquisa, seguindo as diretrizes esclarecidas no TCLE.

Na segunda seção foram apresentadas questões relativas a dados sociodemográficos e gerais, com 16 questões fechadas, caso o participante marcasse “sim” para a pergunta: “já teve recaída durante o tratamento” ele era direcionado para a terceira sessão, que continha a perguntas relacionadas a recaída. No segundo e terceiro questionário a instrução dada aos participantes era a seguinte: “Leia atentamente os itens abaixo e assinale aqueles com os quais você se identifica neste momento”, contendo perguntas sociodemográficas e específicas relacionados a recaída como: 1) tipo de substância mais consumida; 2) tipos de substâncias consumidas na recaída; 3) fatores associados ao início do uso; 4) fatores associados à recaída; 5) local de consumo; 6) tempo uso; 7) tempo de tratamento quando a recaída aconteceu; 8) tempo de tratamento. Vale ressaltar que todos os participantes receberam uma cópia impressa do TCLE.

Procedimento

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, nº CAAE: 56336822.9.0000.0012, os pesquisadores estiveram no CAPS ad de Porto Velho no período de 56 dias, duas vezes na semana em formato de plantão pela manhã ou tarde. Os participantes que chegavam ao CAPS ad eram abordados e convidados a participar da pesquisa, dos sessenta e quatro (64) indivíduos abordados, cinquenta

(50) aceitaram participar. Em seguida, participantes selecionados responderam aos questionários individualmente em uma sala reservada na instituição, sendo disponibilizado a cada um dos participantes um notebook com acesso aos protocolos na plataforma Google Forms. Os pesquisadores auxiliaram na leitura das questões, quando necessário, buscando evitar o viés das respostas pela falta de compreensão.

A todo momento os participantes recebiam instruções a respeito de cada questionário, sendo esclarecido as dúvidas, caso solicitado. Em todos os questionários as perguntas tinham caráter obrigatório, com algumas perguntas objetivas e de múltipla escolha. O questionário era finalizado quando todas as respostas fossem preenchidas. Os dados foram tabulados em planilha Excel, sendo as médias dos resultados utilizadas para análises. Para a apreciação dos dados foram criadas categorias de análise e os dados foram interpretados de forma estatística e discutidos sob a perspectiva analítico comportamental.

RESULTADOS

Os dados foram analisados por meio do percentual e, também, por ocorrência das respostas. Os resultados foram agrupados em categorias para tabulação e análise, sendo compilados, organizados e interpretados em gráficos e tabelas, atendendo a finalidade de examiná-los.

Acerca dos dados sociodemográficos, da amostra com participação de 50 pacientes em tratamento do TUS, 80% foram do sexo masculino e 20% do sexo feminino, com idade média de 36 anos, mediana de 35 anos e desvio padrão de ± 11 , 30 anos, a maioria dos participantes possuem tempo de tratamento de 1 a 3 anos (36 %) e renda familiar de até 2 salários-mínimos (44%). Ressalta-se que durante as abordagens, houve resistência do público feminino de participar da pesquisa (72%).

Relativo ao consumo de substâncias psicoativas lícitas, houve prevalência do álcool (98%) seguido do tabaco (68%). Em relação às substâncias ilícitas, predominou a cocaína (68%) e a maconha (58%) (Tabela 1).

Tabela 1 -Tipos de substâncias psicoativas consumidas

Tipos de substâncias psicoativas consumidas	Usuários n(%)
Álcool	49 (98,0)
Cocaína	34 (68,0)
Tabaco	34 (68,0)

Maconha	29 (58,0)
Crack	16 (32,0)
Alucinógenos	15 (30,0)
Solventes/inalantes	13 (26,0)
Sedativos	7 (14,0)
Heroína/opioides	0 (0,0)

No que se refere ao consumo de substâncias psicoativas durante a recaída, as substâncias lícitas permanecem em primeiro lugar, houve prevalência do álcool (70%), seguido do tabaco (24%). Em relação às substâncias ilícitas, predominou a cocaína (52%) e a maconha (22%) (Tabela 2). Nesta questão, os participantes também poderiam assinalar mais de uma opção, sendo o percentual calculado por número de ocorrências.

Tabela 2 -Tipos de substâncias psicoativas consumidas

Tipos de substâncias psicoativas consumida na recaída	Usuários n(%)
Álcool	35 (70,0)
Cocaína	26 (52,0)
Tabaco	12 (24,0)
Maconha	11 (22,0)
Crack	8 (16,0)
Alucinógenos	2 (4,0)
Heroína/opioides	2 (4,0)
Sedativos	1 (2,0)
Solventes/inalantes	0 (0,0)

No domínio dos fatores associados ao início do uso de substâncias psicoativas, houve a prevalência de problemas emocionais (72%), seguido de Incentivo de amigos (56%) e Curiosidade (44%).

Tabela 3 - Fatores que favoreceram o início do uso

Fatores associados ao início do uso	Usuários n(%)
Problemas emocionais	36 (72,0)
Incentivo de amigos	28 (56,0)
Curiosidade	22 (44,0)
Não ter conhecimento da impotência perante a droga	15 (30,0)
Tempo ocioso	7 (14,0)
Desemprego	3 (6,0)
Relacionamento amoroso	2 (4,0)
Perdas financeiras	2 (4,0)
Problemas para dormir	2 (4,0)
Fugir dos problemas	2 (4,0)

Dentre os fatores associados à recaída a categoria que mais demonstra influenciar nas recaídas aparece em proeminência no agrupamento “Dificuldade em lidar com sentimentos e emoções” (43%), destacaram-se: ansiedade (68%); os afirmam estar relacionados a problemas emocionais, mas não nomeiam qual (50%) e estresse (44%), seguida do grupo “Outros fatores” (41%), destacam-se a fissura (44%) e crer poderia consumir com controle (38%) e, por fim, na categoria “Conflitos interpessoais” (16%), destacam-se os conflitos familiares (36%).

Tabela 3 -Fatores associados à recaída
Tipos de fatores

Dificuldade em lidar com sentimentos e emoções	Usuários n (%)
Ansiedade	34 (68,0)
Afirma que sim mas não nomeia	25 (50,0)
Estresse	22 (44,0)
Baixa autoestima	20 (40,0)
Tristeza	15 (30,0)
Frustração	11 (22,0)
Outros fatores de risco	Usuários n (%)
Fissura	22 (44,0)
Crer que poderia consumir com controle	19 (38,0)
Lembrar da sensação proporcionada pela droga	15 (30,0)
Influência de amigos	10 (20,0)
Dificuldade financeira	8 (16,0)
Falta de apoio familiar	7 (14,0)
Celebrar, comemorar	6 (12,0)
Conflitos interpessoais	Usuários n (%)
Conflitos familiares	18 (36,0)
Relacionamento amoroso	12 (24,0)
Problemas no trabalho	5 (10,0)

Com relação aos fatores associados à recaída, não existe um único fator que a mantenha, as causas da recaída se mostram neste estudo como multifatoriais, corroborando o que já é citado na literatura. É importante salientar que a dificuldade em lidar em sentimentos e emoções prevaleceu como maior motivo apontado, tanto na causa de recaída (43%) (gráfico 1), quanto no motivo de início do uso de substâncias psicoativas (72%) (tabela 3).

Gráfico 1: Fatores associados à recaída por grupo



Como locais que propiciam o retorno ao uso foram apontados: rua (42%), em casa (32%), festas (12%), sendo o local menos citado: na casa de amigos (8%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Local do consumo

Tipos de locais	Usuários n(%)
Na rua	21 (42,0)
Em casa	16 (32,0)
Em uma festa	6 (12,0)
Na casa de amigos	4 (8,0)
Outro local	3 (6,0)

Relacionado ao momento em que ocorre a recaída após o início do tratamento, (54%) dos participantes sinalizam que a recaída acontece entre o primeiro e o terceiro mês de tratamento de forma predominante (tabela 5).

Tabela 5 - Tempo em tratamento quando a recaída aconteceu

Tempo	Usuários n(%)
Do primeiro ao terceiro mês	27 (54,0)
Do sexto mês a um ano de tratamento	12 (24,0)
Do terceiro ao sexto mês	11 (22,0)

Nota-se que a Tabela 6, que apresenta os dados de quantidade de recaída durante o tratamento e o tempo de tratamento, evidenciou-se que os participantes relataram ocorrência de recaídas mais de 5 vezes durante o tratamento (64%), sendo que possuem, em sua maioria, até 3 anos de tratamento (66%).

Tabela 6 - Quantidade de recaídas e Tempo de tratamento no CAPS ad

Quantidade de recaídas durante o tratamento	Usuários n (%)
Mais de 5 vezes	32 (64,0)
2 a 5 vezes	10 (20,0)
Uma vez	8 (16,0)
Tempo em tratamento no CAPS ad	Usuários n (%)
De 1 a 3 anos	18 (36,0)
Menos de 1 ano	15 (30,0)
De 7 a 9 anos	2 (4,0)
Acima de 10 anos	8 (16,0)
De 4 a 6 anos	7 (14,0)

Quanto ao histórico de consumo de SPA, 56% dos participantes afirmaram ter outros dependentes na família que fazem uso de substâncias psicoativas e no tocante ao suporte durante a recaída, predomina o CAPS ad (25%) como principal meio de procura, seguido da família (16%), sendo que alguns (7%) afirmaram não ter ou procurar apoio durante a recaída.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir da aplicação dos dois questionários, no geral, demonstraram que a substância lícita mais consumida durante as recaídas foi o álcool (70%), pondera-se que o fato de ser uma substância lícita e de fácil acesso contribui para essa vantagem. Já a substância ilícita mais usada em recaídas foi a Cocaína (52%), sendo comum o uso em conjunto com o álcool em alguns casos, combinação que pode acarretar maiores dificuldades de manutenção da abstinência.

No que se refere ao local mais comum para consumo foi citado a Rua (42%), sendo possível inferir que esse dado se deve ao fato dos indivíduos terem maior liberdade de consumir e tem acesso facilitado, tanto a drogas lícitas quanto ilícitas nas ruas, o que também corrobora com os achados de pesquisas realizadas por Silva e colaboradores (2014). A amostra em sua maioria apresentou renda familiar baixa, o que pode indicar uma relação a ser investigada entre a desigualdade social, a pobreza, o consumo de substâncias psicoativas e a falta de subsídios políticos e socioeconômicos para se manter abstinente e adeso ao tratamento.

A porcentagem de recaída entre os participantes foi de 64%, ocorrendo mais de cinco vezes em um período três anos de tratamento, sugerindo que esse período é crítico para adaptação e manutenção da condição abstinente, portanto, se mostra importante uma ênfase específica nesse período adaptativo para a manutenção da abstinência e adesão ao tratamento.

O suporte que o indivíduo tem depois que ocorre a recaída é um importante fator no tratamento, o CAPS ad foi referido como a principal rede de apoio, ressaltando a importância do CAPS ad que apesar da falta de investimentos e sobrecarga, é a referência para os pacientes e conta com um quadro de profissionais especializados. É necessário um olhar mais cuidadoso por parte dos gestores de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde para o tratamento do TUS no CAPS ad de Porto Velho.

Os dados relacionados aos principais fatores de recaída foram categorizados em três categorias para maior clareza na exposição, sendo estes: Outros fatores de recaída, Conflitos interpessoais e Dificuldades e lidar com as emoções.

No grupo Outros fatores de risco com (41%), se destacam a fissura intensa (44%) que expõe o indivíduo a uma maior taxa de recaídas, sendo os pensamentos de onde conseguir ou como obter a SPA e o desejo de consumo as principais características, conforme listado no DSM-5, e Crer que pode consumir com controle (38%), o que sinaliza que o excesso de confiança como um fator a ser observado e acompanhado, visto que representam uma fatia significativa da amostra.

Na categoria Conflitos interpessoais, os Conflitos Familiares (36%) prevalecem como principal motivo. Este dado evidencia como a família de pacientes em tratamento do TUS pode ser afetada no processo da recaída e a importância do fortalecimento de vínculos e da participação da família nesse processo de manutenção da abstinência. A convivência com a família pode deixar de ser

caracterizada como fator de risco à medida que os conflitos sejam mediados, passando a ser considerada como fator de proteção à recaída, sendo importante a consolidação de laços afetivos e de confiança (SILVA; GUIMARÃES; SALLES, 2014).

A Dificuldade de lidar com sentimentos e emoções foi listada como principal motivo associado a recaída (43%), sendo multifatorial, estando presentes nesse grupo: a ansiedade, a frustração, a tristeza e baixa autoestima. A emoção que a maioria dos participantes (68%) demonstraram ter mais dificuldades em gerir foi a ansiedade, o que permite a inferência de esquiva de sensações ansiogênicas através do uso da SPA. Outro dado relevante é que 50% dos participantes não souberam nomear dentre os sentimentos, o que pode sinalizar baixos repertórios de discriminação e descrição dos próprios comportamentos. Esse dado aponta para a auto-observação e descrição dos próprios comportamentos privados e públicos como uma habilidade basilar de autoconhecimento a ser observada no tratamento do TUS.

Observando os resultados é possível notar que tanto os motivos de início do consumo de substâncias (72%) referido pelos participantes quanto no quesito causa de recaída (43%) estão ligados a categoria “Dificuldades em lidar com as emoções”. Os achados respondem à questão norteadora desta pesquisa e trazem consigo algumas reflexões, dentre elas a de que a sociedade estabelece como regras de uma vida bem-sucedida, a presença de pensamentos e sentimentos positivos, como a felicidade, por exemplo, em detrimentos de outros como a tristeza, qualificando-os como “bons” ou “maus”, isso ensina aos membros de sua comunidade verbal a evitarem eventos privados desagradáveis (SABAN, 2015).

Analisando a dificuldade em lidar com as emoções sob o prisma analítico comportamental, a resposta de esquiva é mantida pela consequência de reforço negativo, que ocorre quando o indivíduo evita entrar em contato com estímulos aversivos públicos, perigo externo, ou privados, como pensamentos ou sentimentos. Essa dinâmica faz com que a interação com eventos aversivos não ocorra, livrando o organismo do desconforto, e o efeito de não ocorrência da interação aversiva faz com que esse comportamento de esquiva seja mantido (DE-FARIAS et al., 2010).

O estudo acerca da esquiva de eventos privados, como os observados nos resultados da pesquisa, também é corroborado por pesquisas em terapias comportamentais contextuais baseadas em análise do comportamento como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que se trata de uma terapia comportamental moderna focada na linguagem e cognição e propõe um modelo de

psicopatologia pautada no processo de inflexibilidade psicológica, apresentando como um dos processos psicológicos de sofrimento a esquiva experiencial (SABAN, 2015).

Esse processo psicológico ocorre quando os eventos privados, como os sentimentos ou pensamentos, passam a exercer controle verbal e a experiência privada da pessoa tem a presença de eventos dolorosos ou que produzem incômodo, favorecendo a evitação do contato com esses conteúdos, isto é, as emoções adquirem funções motivadoras para a esquiva (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021). A ansiedade ter sido apontada como um dos principais sentimentos envolvidos no processo de recaída, assim como, outros sentimentos aversivos, permite a inferência de que a esquiva experiencial é um processo psicológico que se apresenta na maioria dos casos de pacientes em tratamento do TUS e um trabalho com direcionamento a habilidades de aceitação do desconforto e desenvolvimento de habilidades para a gestão das emoções pode impactar o no índice de recaídas.

Diante disso, é possível concluir que o desenvolvimento de atividades interventivas para o aumento de repertórios de resiliência em relação a eventos privados aversivos, como a ansiedade, por parte dos pacientes em tratamento do TUS é de suma importância, assim como, propostas de pesquisas empíricas que atuem na diminuição da esquiva experiencial em busca de uma maior aceitação das emoções difíceis e consequente aumento da flexibilidade psicológica dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance do objetivo de analisar os fatores associados à recaída, na perspectiva de indivíduos com transtornos por uso de substâncias (TUS) em tratamento no CAPS ad de Porto Velho, permitiu obter como resultados que os fatores associados à recaída são multifatoriais, entretanto, prevalece a categoria de Dificuldade em lidar com sentimentos e emoções (43%) como o principal fator, tendo a ansiedade o maior índice apontado pelos participantes.

Sugere-se em pesquisas futuras desse tipo no CAPS ad com uma amostra maior de participantes e salienta-se a importância de subsídios para o desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas voltadas para indivíduos com TUS, que atendam as demandas de prevenção à recaídas considerando os principais fatores associados à recaída apontados pelos participantes. Além disso, que pesquisas vindouras possam promover intervenções que contribuam para a

dificuldade em lidar com sentimentos e emoções durante o tratamento dos indivíduos com TUS no CAPS ad de Porto Velho, munindo os pacientes de estratégias para lidar com seus eventos privados aversivos.

No mundo contemporâneo, as SPA fazem parte do cotidiano das pessoas, seja ao consumirem, ou por conhecerem alguém que faz uso e/ou por atuarem profissionalmente junto a pessoas que sofrem devido a relação nociva que desenvolveram com as drogas, fato é que de alguma maneira a discussão sobre o uso de SPA atravessa diferentes atores sociais, o que faz da preocupação com o tema “drogas” uma responsabilidade de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Armando M. Alonso. **Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2007, v. 56, n. 3, pp. 188-193. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006>>. Epub 03 Jan 2008. Acesso em 04 de mai. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAUM, W. M. **Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRITTO, I. A. G. S.; BRITTO, L. G. S.; ALVES J. C.; SOUSA N. R. Sobre o comportamento de consumir e depender de substâncias. **Revista de Teologia da Faculdade FAIFA** Vol. 4 N° 1. 2012.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-11: **descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. 2022. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>. Acesso em 04 de mai. 2022.

CEBRID. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Brasília (DF): CEBRID, SENAD; 2022. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/livreto-informativo-sobre-drogas/>>. Acesso em: 04 de mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013.

DE-FARIAS, A. K. C. R., et al. **Análise Comportamental Clínica**: aspectos teóricos e estudos de caso. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 201-214.

DIEHL, A. et al. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi et al. **Percepção do usuário sobre a droga em sua vida**. Escola Anna Nery [online]. 2013, v. 17, n. 3, pp. 520-525. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300016>>. ISSN 2177-9465. Acesso em 04 de mai. 2022.

GIL, A. C. (1946). **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. – São Paulo : Atlas, 2017.

GONÇALVES, C. D . S. **Autoeficácia e Vulnerabilidade ao Stress no Tratamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade**. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade do Minho. Portugal, 2020. 40 f. Disponível em <<file:///D:/Usu%C3%A1rios/Cristiano%20Fernandes/Desktop/Mestrado/2%C2%BA%20ETAPA/Projeto%20de%20Pesquisa/Citadas%20no%20texto/Autoefic%C3%A1cia/e%20Autoefic%C3%A1cia%20e%20Vulnerabilidade%20.pdf>> Acesso em: 04/09/2021.

HAYES, S. C; STROSAHL, K. D; WILSON, K. G. **Terapia de aceitação e compromisso o processo e a prática da mudança consciente**. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Mônica Valentim. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2021.

JUNIOR, A. W.S.; RIBEIRO, S.G. C. **Caderno Temático. Modelos de Prevenção e Prevenção de Recaídas**. Paraná: Instituto Federal de ECT. 2018.

KNAPP, P; BERTOLETE, J M, et al. **Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e das drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KOSTEN, T. **Transtornos por uso de substâncias**. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-relacionados-ao-uso-de-subst%C3%A2ncias/transtornos-por-uso-de-subst%C3%A2ncias>>. Acesso em: 04 de dez. 2021.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014, p. 483, 484, 527.

MARLATT G. A.; GORDON, J.R. **Prevenção de Recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas.1993.

MENDES CARVALHO, F. R. et al. **Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação**. Colomb. Med., Cali, v. 42, n. 2, supl. 1, p. 57-62, jun. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acesso em 22 de set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/comunidades-terapeuticas-acolhedoras>>. Acesso em 22 de set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Gabinete do Ministro. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.430, de 06 de julho de 2012**. Gabinete do Ministro. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional da Saúde. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2011.

MITSUHIRO, S. S. M. **Classificação das substâncias psicoativas**. In: ZANELATTO, N. A.

MOREIRA, M. B; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos da Análise do Comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

RIBEIRO, M. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool**. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004; 26. Maio:59-62. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/274840152_Organizacao_de_servicos_para_o_tratamento_da_dependencia_do_alcool> Acesso em: 23 de ago. 2021.

SABAN, M. T. **Introdução à terapia de aceitação e compromisso**. Michaela Terena Saban. 2. ed. - Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2015, p.104.

SILVA, L. G. S.; CALHEIROS, P. R. V. **Práticas empregadas no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas brasileiras: uma revisão sistemática da literatura entre 2005-2015**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.9, n.23, p.67-83, 2017.

SILVA, M.L.; GUIMARÃES C.F.; SALLES DB. **Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas**. Rev. RENE, 2014, 15(6): 1007-1015.

SKINNER, B. F. **Seleção por consequências**. Tradução de Carlos Renato Xavier Cançado, Paulo Guerra Soares e Sérgio Cirino. rev. bras. ter. comport. cogn. vol. 9 no.1 São Paulo jun. 2007. Artigo originalmente publicado na Revista Science, [Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. Science, 213, 501-504].

Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v9n1/v9n1a10.pdf> >. Acesso em: 23 de jan. 2021.

TODOROV, J. C. A **Psicologia com estudo de interações**. Brasília: Instituto Walden 4, 2012.

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas**. Disponível em: <<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>>. Acesso em 04 de dez. 2021.