

Inserção das Estratégias Cognitivo-Comportamentais no CAPS Álcool e Drogas

Érica Aparecida Schefer de Almeida¹

Laisa Marcorela Andreoli Sartes¹

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Karine Soriana Silva de Souza¹

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Resumo: Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de psicólogos que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas sobre a inserção de estratégias das terapias cognitivo-comportamentais para o tratamento de dependência de álcool e outras drogas em sua prática. Foi realizado um estudo qualitativo de caráter exploratório, por meio de entrevistas com 16 psicólogos que atuam no Rio de Janeiro e em Minas Gerais. Os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática de Bardin. Os resultados apontam que, na percepção dos psicólogos, essas estratégias são passíveis de serem adotadas por esses centros e conferem bons resultados ao tratamento, embora haja limitações na formação especializada em terapia cognitivo-comportamental para lidar com a dependência de drogas entre os participantes. São discutidas a contribuição dessas terapias para a prática baseada em evidências no serviço público no que se refere ao monitoramento e avaliação de resultados, bem como sua relação compatível com a estratégia de redução de danos e com a lógica do tratamento psicossocial. Apesar das terapias cognitivo-comportamentais serem reconhecidas em outros países como intervenções bem embasadas cientificamente e apresentarem características importantes para a saúde pública, persistem obstáculos para a adoção destas ferramentas no tratamento da dependência de álcool e outras drogas nos serviços de saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Transtornos relacionados ao Uso de Substâncias, Terapia Cognitiva.

Insertion of Cognitive-Behavioral Strategies in CAPS for Alcohol and Drugs

Abstract: This study aimed to understand the perception of psychologists who work in Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs about the inclusion of cognitive-behavioral therapies for treating addiction to alcohol and other drugs in their practice. A qualitative exploratory study was carried out, by interviewing 16 psychologists who work in the states of Rio de Janeiro and Minas Gerais. The collected data were analyzed with Bardin's thematic content analysis. The results show that, in the psychologists' perception, these strategies are likely to be adopted in the centers and provide good results to the treatment, despite limitations in the specialized training in cognitive-behavioral therapies for dealing with drug addiction among the participants. The contribution of these therapies to evidence-based practice in the public service concerning monitoring and evaluation of results, and their compatible relationship with the harm reduction strategy and with the logic of psychosocial treatment are discussed. Although cognitive-behavioral therapies are recognized in other countries as well-founded scientific processes and provide essential characteristics for public health, challenges persist for adopting these tools in the treatment of addiction to alcohol and other drug in mental health services in Brazil.

Keywords: Mental Health Services, Substance-related Disorders, Cognitive Therapy.

Inserción de Estrategias Cognitivo-Conductuales en CAPS Alcohol y Drogas

Resumen: Este estudio tiene como objetivo comprender la percepción de los psicólogos que trabajan en Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas sobre la inserción de estrategias de terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la adicción al alcohol y otras drogas en su práctica. Se realizó un estudio exploratorio cualitativo, a través de entrevistas con dieciséis psicólogos que trabajan en los estados de Rio de Janeiro y Minas Gerais. Los datos recopilados se analizaron mediante el análisis de contenido temático de Bardin. Los resultados muestran que, en la percepción de los psicólogos, es probable que estas estrategias se adopten en estos centros y proporcionen buenos resultados en el tratamiento, aunque existen limitaciones en la formación especializada en terapia cognitivo-conductual para la adicción a las drogas entre los participantes. Se discute la contribución de esas terapias a la práctica basada en la evidencia en el servicio público con respecto al seguimiento y evaluación de resultados, así como su relación compatible con la estrategia de Reducción de Daños y con la lógica del tratamiento psicosocial. Aunque las terapias cognitivo-conductuales sean reconocidas en otros países como intervenciones científicamente bien fundamentadas y brinden características importantes para la salud pública, persisten obstáculos para la adopción de estas herramientas en el tratamiento de la adicción al alcohol y otras drogas en los servicios de salud mental en Brasil.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental, Trastornos relacionados con el Uso de Substancias, Terapia Cognitiva.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde, 2004a) contempla que a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD). O CAPS AD é um serviço específico para o cuidado e atenção integral e continuada às pessoas com problemas causados pelo uso de álcool e de outras drogas. Seu objetivo é o atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias (Ministério da Saúde, 2004b).

Conforme aponta Bello (2015), há um consenso crescente de que a investigação científica pode contribuir de maneira significativa para o planejamento e implementação de políticas mais efetivas na abordagem do uso de substâncias psicoativas. O conceito de Práticas Baseadas em Evidências (PBE) é uma tendência que tem ganhado adeptos em diversas áreas da saúde, impactando o planejamento e implementação de políticas e práticas para a abordagem de substâncias psicoativas. Estas práticas podem ser definidas como “a integração das melhores evidências de pesquisa,

diretrizes clínicas baseadas no consenso profissional e valores de pacientes” (Rawson & Clark, 2017, p. 215).

As abordagens das terapias cognitivo-comportamentais (TCC), que têm ampla pesquisa científica, com resultados verificados em múltiplas meta-análises e revisões sistemáticas, representam estratégias de tratamento para dependência de drogas (Arias & Kranzler, 2008; Carroll & Kiluk, 2017; Dutra et al., 2008; Fischer et al., 2015; Jhanjee, 2014; Magill & Ray, 2009; McGovern & Carroll, 2003; Rawson & Clark, 2017; Roggi, Gama, & Garcia, 2015). Além disso, essas abordagens foram avaliadas nos principais estudos mundiais que utilizaram ensaios clínicos controlados e randomizados para avaliar os tratamentos para dependência de drogas, incluindo estudos conduzidos pelo National Institute for Drug Abuse (NIDA) e pelo National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), como o Projeto Match (Combinando o tratamento do alcoolismo à heterogeneidade do cliente) (Kadden et al., 1995).

Entre as abordagens cognitivas e comportamentais mais comumente empregadas podemos citar a terapia cognitivo-comportamental (TCC), prevenção de recaídas (PR), manejo de contingências e terapia comportamental de casal. A entrevista motivacional (EM) é também amplamente estudada e, embora tenha sido desenvolvida sob um aporte teórico distinto (Miller & Rollnick, 2001),

seus princípios vão ao encontro das TCC e são utilizados por este corpo de abordagens. Também têm sido empregadas intervenções de terceira geração das terapias cognitivas como prevenção de recaída baseada em mindfulness, terapia de aceitação e compromisso e terapia comportamental-dialética (Arias & Kranzler, 2008; Dutra et al., 2008; Fischer et al., 2015; Jhanjee, 2014; Magill & Ray, 2009; McGovern & Carroll, 2003; Rawson & Clark, 2017; Roggi et al., 2015).

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck como tratamento para depressão e posteriormente passou a ser aplicada em outros transtornos. O modelo cognitivo de Beck parte da ideia de que as cognições, os comportamentos e os sentimentos de um sujeito são influenciados por percepções que ele tem de determinada situação. Entende-se então que é a forma como o indivíduo interpreta o evento que vai determinar o que ele sente (Beck, 1997).

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

Um objetivo importante da TCC quanto ao abuso de substâncias é identificar e modificar as crenças disfuncionais relacionadas às drogas, substituindo-as por crenças mais adaptativas e funcionais. Para modificar essas crenças, o terapeuta cognitivo deve ter uma compreensão precisa do seu papel na vida do indivíduo, realizando uma avaliação cuidadosa (Wright, Beck et al., 1993).

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

Silva, Pereira e Aquino (2011) consideram que as abordagens cognitivas e comportamentais têm se mostrado ferramentas valiosas na saúde pública, por respaldar uma série de programas e intervenções que podem ser eficazes e adequados à realidade, com todas as suas particularidades, como tempo reduzido e elevada demanda.

Em outros países, as abordagens cognitivo-comportamentais têm recebido atenção destacada na saúde pública e apresentam características necessárias a este contexto. Estas estratégias podem ser facilmente sistematizadas em protocolos pelo fato de serem intervenções estruturadas, diretivas e focais, facilitando sua aplicação e avaliação de resultados terapêuticos. Além disso, podem ser combinadas ou usadas isoladamente, muitas das quais podem ser administradas tanto em formatos individuais quanto em grupos, por qualquer profissional de saúde (Silva et al., 2011; Souza, 2010).

A relativa padronização da TCC possibilitou que muitos estudos há anos venham destacando sua eficácia e efetividade para dependência de drogas, tanto para a clínica quanto para serviços ambulatoriais e hospitalares (McHugh, Hearon, & Otto, 2010). Tais estudos disponibilizam aos profissionais de saúde tratamentos empiricamente sustentados que, se unidos às necessidades dos clientes e à expertise do profissional, fomentam os três pilares da psicologia baseada em evidências (Carroll & Kiluk, 2017). A prática da psicologia baseada em evidências nos serviços públicos pode contribuir para a efetividade, avaliação e monitoramento dos resultados dos serviços.

Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) são os principais dispositivos públicos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil. Baseiam-se em uma lógica psicossocial, usando um modelo de *clínica ampliada*, que deve fugir ao proposto nos consultórios. Nesse contexto, os profissionais realizam diversas atividades, e os psicólogos podem utilizar diversas abordagens teóricas.

Apesar das estratégias cognitivo-comportamentais serem destacadas como abordagens com resultados promissores no tratamento de dependência de substâncias psicotrópicas, existem poucos estudos relatando seu emprego em CAPS AD (Bourguignon, Guimarães, & Siqueira, 2010; Kantorski, Lisboa, & Souza, 2005; Martins, 2011; Romanini, Pereira, & Dias, 2016; Santos, 2010). Considerando a necessidade de práticas baseadas em evidências na saúde pública e a crescente expansão das TCC, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção de psicólogos que trabalham em CAPS AD sobre a inserção de estratégias das terapias cognitivo-comportamentais para o tratamento de dependência de álcool e outras drogas em sua prática.

Método

Participantes

Foram incluídos no estudo 16 psicólogos que trabalham em CAPS AD, seis atuantes no estado do Rio de Janeiro e dez, em Minas Gerais. Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa e exploratória, utilizou-se o critério de amostragem por saturação. Foram incluídos no estudo psicólogos que relataram fazer uso de estratégias cognitivas e/ou comportamentais no tratamento de usuários de álcool e outras drogas em CAPS AD (não sendo necessário ter formação ou especialização em TCC ou outra abordagem comportamental) e que aceitaram colaborar com a pesquisa. Foram excluídos do estudo psicólogos que, no momento da coleta, tinham tempo de atuação no CAPS AD inferior a quatro meses e que estavam de licença ou férias.

Instrumentos

Foi aplicado um questionário com dados sociodemográficos e informações sobre a formação e experiência profissional dos entrevistados, assim como uma entrevista semiestruturada com questões a respeito do desenvolvimento do trabalho com terapias cognitivas e comportamentais no CAPS AD (estratégias empregadas, resultados e limitações encontradas, objetivos do tratamento), e do diálogo com profissionais de abordagens diferentes.

Procedimentos

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (nº 2.573.60), foi realizado um estudo piloto com três psicólogos a fim de avaliar o instrumento de estudo. Após alterações no instrumento, cinquenta e dois CAPS AD foram contatados por telefone com objetivo de localizar psicólogos que empregassem estratégias cognitivas e comportamentais. Conforme as informações obtidas nos primeiros contatos, foram indicados 29 psicólogos, pertencentes a 23 CAPS AD.

A coleta de dados foi realizada entre maio e outubro de 2018. As entrevistas foram marcadas à medida que o participante aceitava colaborar com o estudo. Vinte e quatro psicólogos aceitaram participar, mas durante o período de coleta de dados alguns não apresentaram disponibilidade. Após análise de dados de 16 entrevistas, considerou-se que novas coletas acrescentariam poucos elementos em relação à densidade teórica já obtida, portanto, não foram incluídos novos participantes. Sete psicólogos

foram entrevistados via Skype, quatro por telefone e cinco de forma presencial.

Análise de Dados

A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), com definição de categorias de análise posterior à exploração do material. A categorização de todas as entrevistas foi comparada com a soma das frequências classificadas em cada resposta.

Resultados e Discussão

A partir dos resultados encontrados e da metodologia de análise aplicada, e considerando também fins didáticos de apresentação e discussão, originaram-se inicialmente 16 categorias de análise que culminaram em sete categorias globais: a) estratégias cognitivas e/ou comportamentais empregadas no CAPS AD; b) a atuação do psicólogo no CAPS AD e o emprego de protocolos de tratamento; c) atividades desenvolvidas no CAPS AD; d) as estratégias cognitivo-comportamentais e a redução de danos; e) resultados e limitações do emprego de abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS AD; f) a pluralidade de abordagens teóricas e o diálogo profissional no CAPS AD; e g) formação continuada para tratamento de dependência de substâncias psicoativas em CAPS AD.

Perfil dos Psicólogos Participantes

Dentre os 16 participantes do estudo, onze psicólogos (68%) eram mulheres e cinco (31,25%) eram homens. A respeito do vínculo empregatício no CAPS AD, 68,75% eram efetivos e 31,25%, contratados, com carga horária média de 30,25 horas semanais. A grande maioria (81,25%) dos psicólogos participantes do estudo se graduou em faculdades particulares, o que corresponde à realidade da(o) psicóloga(o) brasileira(o), segundo Yamamoto, Souza, Silva, & Zanelli (2010), que relatam que 80% dos psicólogos são egressos da rede privada de ensino, ou seja, analisar a formação dos psicólogos brasileiros significa olhar para o ensino da rede privada.

A maioria dos profissionais (68,75%) relatou não ter experiência anterior de trabalho em CAPS e 44% relataram nunca terem trabalhado com usuários de álcool e outras drogas. É incipiente, mas crescente a presença de psicólogos na saúde pública, pois muitas vezes esses profissionais, por lacunas em sua formação, acabam fazendo uma transposição do modelo clínico tradicional para o contexto da saúde pública (Ferreira Neto, 2011).

No que se refere ao investimento em cursos de formação e especialização, 43,75% relataram ter curso de formação em TCC e 31,25%, curso de especialização nessa mesma abordagem. Alguns psicólogos (31,25%) eram especializados em dependência química e 12,5%, em saúde mental e atenção psicossocial. Em relação aos cursos de extensão, poucos participantes relataram participar de muitos cursos, e a maioria o fez a distância (62,5%). Quase metade dos profissionais (46,15%) nunca tiveram supervisão nessa linha; 18,75% já tiveram supervisão e apenas três (18,75%) tinham supervisão na época da entrevista.

Estratégias Cognitivas e/ou Comportamentais Empregadas no CAPS AD

A maioria dos psicólogos (75%) mencionou empregar técnicas que correspondem à abordagem da TCC de Beck. Alguns entrevistados descreveram o uso da TCC em seu processo de trabalho de forma muito superficial, demonstrando ter pouco conhecimento sobre a abordagem. A segunda abordagem mais empregada foi o modelo de prevenção de recaídas (68,75), seguida pela entrevista motivacional (50%) e o treino de habilidades sociais (31,25%).

PR e EM foram comumente citadas pelos psicólogos que não têm formação em TCC e/ou têm formação em outra abordagem, como o caso de uma entrevistada que relatou ter formação em psicoterapia corporal em análise bioenergética e empregar prevenção de recaídas. Outras duas profissionais que atuavam sob o viés da psicanálise conheceram a EM por meio de um curso do Supera da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), e desde então introduziram essa intervenção em sua prática.

As estratégias cognitivo-comportamentais descritas com maior frequência pelos profissionais entrevistados (TCC, PR, EM e técnicas como o treino de habilidades sociais) correspondem às abordagens empregadas em CAPS AD no Brasil verificadas em alguns estudos (Bourguignon et al., 2010; Kantorski et al., 2005; Martins, 2011; Santos, 2010).

Estratégias como manejo de contingências, mindfulness, terapia de aceitação e compromisso (ACT) e terapia analítico-funcional (FAP) foram relatadas também pelos entrevistados, porém com menor repetição. Mindfulness foi descrito apenas como uma técnica de respiração, o que subentende o não conhecimento do protocolo da abordagem. O manejo de contingências é um método recente na literatura científica que não tem sido amplamente utilizado

na prática clínica, segundo alguns autores, pelos altos custos percebidos de provisão necessários à intervenção (Jhanjee, 2014; Morandi & Guimarães, 2015).

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

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

A Atuação do Psicólogo no CAPS AD e o Emprego de Protocolos de Tratamento

Apenas um profissional (6,25%) apresentou ter conhecimento dos protocolos empregados pela TCC para tratamento da dependência de drogas e acredita que eles se aplicam ao contexto do CAPS AD. Mais da metade (54%) dos entrevistados relataram não ter conhecimento deles. Alguns profissionais (15,4%) compreendem protocolos como técnicas ou instrumentos, ou ainda como referência de autores ou livros (15,4%). O fato de apenas um profissional apresentar conhecimento de protocolos pode ser justificado pela falta de maior aprofundamento da abordagem pelos participantes. Apenas metade deles tem formação ou especialização em TCC. Outro motivo é a peculiaridade da abordagem do psicólogo na saúde mental, em que não é priorizado o modelo tradicional de psicoterapia e, conforme a *Regulamentação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil*, emitida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), deve ser preconizada a “terapia psicossocial”.

A abordagem psicossocial critica a tendência tradicional de reproduzir nos serviços públicos as peculiaridades do consultório particular, superdimensionando a intervenção psicológica em detrimento de práticas coletivas. As políticas antimanicomiais comungam com a concepção de clínica ampliada, e concernem a abordagens voltadas para a reinserção social e o resgate da cidadania (Ferreira Neto, 2008a). Nesse modelo clínico,

os diversos saberes presentes na equipe interdisciplinar são transversalizados, não havendo centralização em uma única disciplina, possibilitando a todos os profissionais da equipe desempenharem papel de *técnico de referência*, responsável por articular o projeto terapêutico singular do usuário (Lobosque, 2011).

Por outro lado, em que pese a ideia de não transferir a lógica do consultório para a psicossocial, também é importante que as políticas públicas sejam embasadas em estudos científicos. Os *Padrões Internacionais para o Tratamento de Transtornos por Uso de Substâncias* (World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime, 2020) são uma resposta a uma demanda da comunidade internacional, foram propostos para apoiar políticas, estratégias e intervenções de tratamento dos países. O documento reconhece diversos serviços de suporte ao usuário de substâncias, indicando que o cuidado e o tratamento devem atender às necessidades individuais, de acordo com a gravidade do uso e com base em evidências científicas. As abordagens cognitivas e comportamentais como a TCC, a EM, o manejo de contingências e o reforço da comunidade são, ao lado das abordagens de tratamento orientadas para a família e grupos de ajuda mútua, as intervenções psicossociais baseadas em evidências citadas no documento.

Nesse sentido, as TCC, por se fundamentarem em intervenções amplamente estudadas, estão alinhadas às diretrizes internacionais. Ao serem inseridos nos serviços de saúde brasileiros, os protocolos das TCC facilitariam a aplicação e a avaliação dos resultados terapêuticos. A avaliação da eficácia das intervenções é imprescindível no planejamento das políticas públicas, principalmente no que se refere ao direcionamento de recursos financeiros. Além disso, os protocolos nas abordagens cognitivas e comportamentais possibilitam o tratamento breve, objetivo, com número limitado de sessões, podendo ainda ser empregados em grupo (Souza, 2010).

Atividades Desenvolvidas no CAPS AD

Todos os participantes realizam atendimento individual e apenas três (18,75%) não fazem atendimento em grupo. A maioria dos psicólogos (77%) relatou que a duração dos atendimentos individuais é, em média, de 30 a 40 minutos. O atendimento em grupo, conforme a maioria dos participantes (60%), dura, em média, uma hora. A grande maioria (75%) faz visitas domiciliares e apenas um não faz nenhum tipo de atendimento à família. Alguns profissionais mencionaram conduzir oficinas terapêuticas (25%), como de arteterapia (6,25%) e oficinas

que têm como objetivo desenvolvimento da cognição, psicomotricidade e motivação (12,5%).

Verificou-se que os psicólogos entrevistados realizam todas as atividades propostas pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2012 (Ministério da Saúde, 2012), que regulamenta as ações desenvolvidas nos CAPS. Tal fato demonstra uma atuação mais próxima ao modelo de clínica ampliada, indicado às equipes de saúde mental, evoluindo das práticas mais tradicionais, usualmente utilizadas em consultórios. Houve uma resignificação da prática psicológica no contexto da saúde mental, não mais centrada no atendimento individual, mas em ações plurais, dando destaque às intervenções grupais (Cantele & Arpini, 2016). Não se trata de abolir as práticas individuais, como foi ressaltado por Melo e Borges (2008), mas de inserir mudanças na forma tradicional de proceder esses atendimentos.

As Estratégias Cognitivo-Comportamentais e a Redução de Danos

A *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (Ministério da Saúde, 2004a) destaca que a lógica da Redução de Danos (RD) deve ser preconizada nos CAPS AD, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais do uso de álcool e outras drogas. Nessa concepção, a abstinência não é o único objetivo alcançado, devendo ser reconhecidas as singularidades de cada usuário, aumentando seu grau de liberdade e responsabilidade (Ministério da Saúde, 2004a).

Todos os participantes relataram ter a política de RD como referência, no entanto, um entrevistado acrescentou que é necessário conciliar esta proposta e as estratégias cognitivo-comportamentais. Para esse profissional, a TCC teria objetivos antagônicos à RD, por acreditar que a primeira exige abstinência.

A abordagem de RD é compatível com a PR, a EM e a TCC, e essas estratégias não exigem abstinência (Azevedo, 2015; Marlatt, Blume, & Parks, 2001; Marlatt & Donovan, 2009). Marlatt e Donovan (2009) esclarecem que o modelo de PR foi desenvolvido para indivíduos cujo objetivo é tanto a abstinência como a redução, e tem como princípio básico acompanhar e apoiar quaisquer desses objetivos, a fim de auxiliá-los a se manter no desafiador processo de mudança.

De acordo com Logan e Marlatt (2010), embora a abstinência possa ser o objetivo final, o profissional, quando atua sob a ótica da RD, busca sensibilizar o usuário para a mudança com uma postura não julgadora e diretiva,

assim como é indicado na EM. A EM implica que o profissional expresse empatia a fim de construir uma relação terapêutica com o cliente, permitindo que ele desenvolva uma discrepância entre seus objetivos e sua situação atual, incentivando a mudança e sua autoeficácia.

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

Dois entrevistados que atuam no mesmo CAPSAD coordenam um grupo chamado “Redução de Danos e Prevenção de Recaídas”. Ao descrever as intervenções realizadas nessa atividade, eles declararam a proposta de Redução de Danos é apresentada juntamente com um esclarecimento de que “a dependência de drogas é uma doença crônica e que a abstinência pode não ser alcançada”. Estes relatos expressam ideias equivocadas a respeito da RD ao conceberem o uso de drogas como dependência química e ao excluírem a abstinência da proposta. Além disso, a redução do uso é ofertada como prioritária à abstinência, o que pode desencorajar a interrupção do uso como objetivo.

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

Resultados e Limitações do Emprego de Abordagens Cognitivo-Comportamentais no CAPS AD

Os entrevistados apontaram diversos resultados positivos decorrentes, em sua percepção, do tratamento com abordagens cognitivo-comportamentais. Os resultados mais citados foram: maior tempo de abstinência (37%); redução do consumo de drogas (31,25%); retorno ao mercado de trabalho (25%); melhora do convívio social (25%); prevenção de recaídas (18,75%); melhora da relação familiar (12,5%); reconhecimento do estágio de motivação,

aumento da motivação para tratamento (12,5%) e alta do tratamento (12,5%).

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

No entanto, é válido salientar que esta avaliação foi feita segundo a percepção dos participantes, e não foram utilizadas estratégias de controle de outros recursos que influenciaram o tratamento, como o tratamento psiquiátrico. Além disso, os participantes relataram falha na formação especializada em TCC, o que pode comprometer a equivalência das abordagens empregadas com aquelas incluídas nos estudos supracitados. Os resultados de tratamento estão fora do escopo deste estudo, contudo, estes dados sugerem que o investimento na formação especializada na TCC para uso de substâncias pode trazer boas implicações para o tratamento no CAPS AD.

Em relação às limitações encontradas ao emprego destas abordagens no CAPS AD, 31% dos participantes não percebem nenhuma limitação. Metade dos participantes relataram limitações que não se referem propriamente às estratégias cognitivo-comportamentais, mas às circunstâncias do trabalho. Entre elas: falta de assiduidade do usuário ao tratamento; falta de recursos materiais; espaço físico inadequado; grande demanda de usuários para tratamento; tempo reduzido das sessões; falta de investimento da instituição em capacitação; e dificuldade de diálogo com profissionais que não compreendem a TCC.

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

Alguns colaboradores (31%) identificaram limitações que consideram referentes às estratégias. São elas:

dificuldade dos usuários com técnicas que envolvem escrita ou registros (12,5%); o estado de humor e motivação do usuário (6,25%); e confusão entre acompanhamento psicológico e técnico de referência (6,25%). Um participante esclareceu que o CAPS AD em que ele atua enfatiza a função do técnico de referência, que chega a tomar decisões pelo usuário; diante disso, os indivíduos têm dificuldade de compreensão e envolvimento no processo de psicoterapia.

As TCC são efetivas para indivíduos com diferentes níveis de escolaridade, renda e cultura, mas precisam ser adequadas ao cliente e a seu contexto. Com pessoas não alfabetizadas, com dificuldade de raciocínio abstrato e mesmo com disfunções cognitivas, trabalha-se menos com intervenções puramente verbais e mais com intervenções comportamentais (Knapp, 2004, 2001). Souza, Ronzani, Gomide e Wasques (2012) consideram que as técnicas das TCC não requerem muitas adequações, mas algumas são necessárias no contexto da saúde pública.

A Pluralidade de Abordagens Teóricas e o Diálogo Profissional no CAPS AD

Apenas dois profissionais (12,5%) informaram que o CAPS AD em que atuam não há pluralidade de abordagens psicológicas. Um deles é o único psicólogo do CAPS, e o outro tem como colega um psicólogo que também trabalha com TCC. A maioria dos entrevistados (87,5%) relatou que existe um bom diálogo com os profissionais de abordagens diferentes da TCC. Dois psicólogos justificaram que a equipe técnica tem a linguagem das políticas de saúde mental como um referencial comum, e que essa se sobrepõe aos diversos saberes de cada especialidade.

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

Apenas dois profissionais (12,5%) relataram conflitos referentes à diversidade de abordagens teóricas no CAPS AD. Um deles atua em um CAPS AD que tem quatro psicólogos e recebe supervisão clínica sob orientação da psicanálise. Segundo ele, dois são psicanalistas e um segue uma “*abordagem corporal*”. Outro participante declarou que a instituição em que ele trabalha tem uma tradição histórica de tratamento fundamentado na psicanálise e

que, em razão de um concurso público, houve mudança na equipe de psicólogos. Segundo ele, houve resistência à sua abordagem teórica e o diálogo não é bom.

A inserção dos psicólogos na saúde pública se deu a partir da implementação da política de desinstitucionalização e implantação de uma rede de serviços substitutivos de saúde mental no Brasil. Os psicólogos foram inseridos nestes novos dispositivos com uma formação voltada para um modelo hegemônico de clínica tradicional estreitamente associado ao modelo médico, focado no indivíduo, com predominância de uma abordagem de base psicanalítica (Dimenstein, 2000; Ferreira Neto, 2008a).

De fato, a qualificação dos profissionais que participaram dos primeiros serviços propostos pela reforma psiquiátrica teve grande contribuição da psicanálise, o que justifica a extensa produção teórica em saúde mental nessa linha de base e sua influência corrente nos processos de formação e supervisão presentes nos CAPS (Ferreira Neto, 2008b); Vaissman, Ramôa, & Serra, 2008). Além disso, a inserção das terapias cognitivas nos currículos das faculdades de psicologia e na saúde pública no Brasil é recente, sobretudo nas cidades de interior (Rangé, Falcone, & Sardinha, 2007).

A respeito de espaços para discussão de casos clínicos entre a equipe, a maioria dos participantes (87,5%) descreveu que existe este espaço nas reuniões semanais da equipe do CAPS AD. Alguns entrevistados (12,5%) relataram que essas discussões ocorrem em uma reunião maior que inclui outros profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Uma parte dos entrevistados (42,9%) mencionou que não existe um referencial teórico predominante nessas discussões, cada psicólogo analisa os casos e sugere estratégias conforme sua própria linha teórica.

Outros consideram (21,43%) que nenhum referencial teórico é seguido, e um participante destacou que falta um foco nas reuniões do CAPS onde atua, mas que geralmente as discussões se fundamentam na psicanálise, na psicologia social e política de redução de danos. Dois participantes (14,28%) relataram ainda que as discussões de caso do CAPS AD em que trabalham têm participação de supervisores clínicos da psicanálise.

Formação Continuada para Tratamento de Dependência de Substâncias Psicoativas em CAPS AD

A maioria dos entrevistados (84,6%) declarou ter recebido capacitação, no entanto, apenas 23% a receberam por iniciativa da própria instituição. Estes estudos tiveram como foco temas diversos, incluindo redução de danos,

políticas públicas de álcool e outras drogas, questões administrativas (sistema de registro de produção) e acolhimento aos usuários. As demais capacitações mencionadas (54%) foram realizadas por cursos a distância, como o curso Supera, da Senad e da plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS); o projeto “Caminhos do Cuidado”, do Ministério da Saúde; e a Escola de Saúde Pública (ESP-MG), em Belo Horizonte.

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

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

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

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

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

drogas. Para suprir o déficit de capacitação, muitos buscam qualificação por conta própria, a fim de ampliar seu conhecimento e a qualidade do serviço prestado.

O investimento individual dos trabalhadores em cursos de aperfeiçoamento e especialização na área de saúde mental sugere que há envolvimento com o trabalho desempenhado. No entanto, a falta de investimento do serviço em educação permanente gera insatisfação e falta de percepção de suporte organizacional (Alves, Dourado, & Côrtes, 2013).

Por fim, verificou-se o nível de satisfação em trabalhar em CAPS AD e de acolher usuários de álcool e outras drogas. A grande maioria (80%) dos colaboradores se sente muito satisfeita em trabalhar com esse público, um (6,7%) se sente satisfeito e dois (13,4%) se sentem razoavelmente satisfeitos. Em relação ao trabalho em CAPS, poucos profissionais (33,4%) se consideram muito satisfeitos. Mais da metade (56,25%) se considera satisfeita, mas alguns deles (40%) apontaram algumas limitações presentes no contexto do CAPS AD referentes à gestão e organização do serviço; vínculo empregatício; estrutura física do serviço; e falta de segurança e recursos de trabalho. Apenas um profissional (6,7%) declarou ter restrições quanto ao trabalho em CAPS devido a problemas de infraestrutura gerados por negligência política.

Pode-se observar que a satisfação de trabalhar em CAPS é menor que a satisfação de prestar assistência a usuários de álcool e outras drogas, provavelmente em razão das limitações relatadas pelos profissionais. Vários estudos apontam precarizações nos CAPS que influenciam os resultados terapêuticos de trabalho e o enfraquecimento da motivação e envolvimento da equipe. As maiores dificuldades verificadas nesses estudos se referem a: estrutura do espaço físico; falta de recursos materiais; equipe reduzida e grande demanda de atendimento; alta rotatividade de profissionais; baixo investimento em capacitação dos trabalhadores; e falta de supervisão institucional (Alves et al., 2013; Anjos Filho & Souza, 2017).

Considerações Finais

Os psicólogos que atuam em CAPS AD desempenham diversos papéis em sua prática clínica, o que se soma aos desafios da falta de infraestrutura da instituição, falta de investimento em capacitação e grande demanda de atendimento em tempo reduzido. Apesar desses entraves, que também estão presentes em outros serviços de saúde pública, os trabalhadores relataram perceberem diversos resultados positivos do emprego das abordagens cognitivo-comportamentais no CAPS AD. No entanto,

embora os entrevistados tenham se identificado como terapeutas cognitivo-comportamentais, foram observadas limitações em sua aplicação da abordagem que comprometem a avaliação de resultados efetivos.

No campo dos estudos e discussões presentes no CAPS AD, carece de capacitações a respeito de ferramentas para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas. Observa-se que são priorizadas discussões a respeito das políticas públicas, e as práticas são direcionadas basicamente pela política de saúde mental e pela RD, modelos extremamente relevantes para orientação das práticas nos CAPS e que podem ser conjugados com estratégias clínicas como as TCC. Além disso, quando os estudos envolvem questões clínicas, a psicanálise continua se apresentando como referência, principalmente quando o CAPS AD dispõe de supervisão clínico-institucional por psicanalistas. Mesmo nessas abordagens há pouco investimento em estudos sobre a avaliação dos resultados do tratamento, o que, na prática, limita as evidências científicas sobre os tratamentos realizados nos CAPS AD no Brasil. O monitoramento e a avaliação dos resultados das intervenções na saúde mental são fundamentais para o planejamento das políticas públicas de álcool e outras drogas, no intuito de direcionar esforços e recursos para intervenções mais custo-efetivas.

O embasamento teórico que dá suporte às intervenções nestes dispositivos tem ênfase político-ideológica que procura garantir que ele funcione de forma diversa

aos modelos manicomial anteriores, mas não reflete se as estratégias terapêuticas estão contribuindo para os usuários alcançarem os objetivos de seus projetos singulares. Os trabalhadores de saúde mental são peças-chave no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no CAPS AD e precisam ser capacitados com abordagens que possibilitem maior alcance de resultados e maior cobertura dos usuários com dependência de substâncias psicoativas. É necessário refletir a respeito dos resultados alcançados pelas abordagens que têm sido empregadas nos CAPS AD.

É suposto que a atenção psicossocial deva considerar a singularidade de cada indivíduo, por meio de um plano de tratamento individualizado, considerando que os usuários respondem de forma diferente às intervenções, sendo assim, é necessária uma pluralidade de abordagens. Por outro lado, as estratégias cognitivo-comportamentais são referência para o tratamento no Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde no Brasil e, tendo em vista as vantagens já citadas, podem contribuir para maior alcance de resultados no tratamento de dependência de substâncias psicotrópicas nos CAPS AD.

Espera-se que este estudo contribua para o reconhecimento da necessidade de tratamentos baseados em evidência e para a ampliação da adoção das intervenções cognitivo-comportamentais na saúde pública e, sobretudo, nos CAPS AD.

Referências

- Alves, H. M. C., Dourado, L. B. R., & Côrtes, V. N. Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2965-2975. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000021>
- Alves, S. D. C. O. (2016). Competências do terapeuta cognitivo-comportamental. *Revista Psicologia em Foco*, 8(12), 51-66.
- Anjos, N. C., Filho, & Souza, A. M. P. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*, 21(60), 63-76. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>
- Arias, A. J., & Kranzler, H. R. (2008). Treatment of co-occurring alcohol and other drug use disorders. *Alcohol, Research & Health*, 31(2), 155-167.
- Azevedo, C. F. (2015). *Manejo do uso abusivo de álcool e outras drogas na perspectiva da entrevista motivacional* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Goiás]. Repositório institucional UFG. <https://bit.ly/3rZjLuR>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Artmed.
- Bello, L. A. (2015). Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. In: T. M. Ronzani, P. H. A. Costa, D. C. B. Mota, & T. J. Laport (Orgs.), *Redes de atenção aos usuários de drogas: Políticas e práticas* (pp. 17-39). Cortez.

- Bourguignon, L. N., Guimarães, E. D. S., & Siqueira, M. M. D. (2010). A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos Caps AD do Espírito Santo. *Cogitare Enfermagem*, 15(3), 467-473.
- Cantele, J., & Arpini, D. M. (2017). Ressignificando a prática psicológica: O olhar da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 78-89. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001542014>
- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 847. <https://doi.org/10.1037/adb0000311>
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *Práticas profissionais dos psicólogos(as) nos Centros de Atenção Psicossocial*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *A regulação dos serviços de saúde mental no Brasil: Inserção da psicologia no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar*. <https://bit.ly/3g3d5cA>
- Cotraux, J., & Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão de terapias cognitivo-comportamentais para profissionais de saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(1), 54-72. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20070006>
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- Ferreira, J. L., Neto. (2008a). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000100014>
- Ferreira, J. L., Neto. (2008b). Psicologia e saúde mental: Três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 18-26.
- Ferreira, J. L., Neto. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. Escuta.
- Fischer, B., Blanken, P., da Silveira, D., Gallassi, A., Goldner, E. M., Rehm, J., Tindall, M., & Wood, E. (2015). Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. *International Journal of Drug Policy*, 26(4), 352-363. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.002>
- Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 112-118. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130960>
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (1995). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Kantorski, L. P., Lisboa, L. M., & Souza, J. (2005). Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 1(1). <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v1i1p01-15>
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Artmed.
- Knapp, P., Luz, E., Jr., & Baldisserotto, G. V. (2001). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In B. Rangé, *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 332-350). Artmed.
- Liese, B. S., & Franz, R. A. (2012). Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a terapia cognitiva: Lições aprendidas e implicações para o futuro. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 435-444). Casa do Psicólogo.
- Lobosque, A. M. (Org.). (2007). *Caderno saúde mental: A reforma psiquiátrica que queremos por uma clínica anti-manicomial*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.
- Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 201-214. <https://doi.org/10.1002/jclp.20669>
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527. <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>

- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Artmed.
- Marlatt, G. A., Blume, A. W., & Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13-21. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400463>
- Martins, T. D. (2011). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento do abuso de benzodiazepínicos* [Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Lume. <https://bit.ly/3g6YdtA>
- McGovern, M. P., & Carroll, K. M. (2003). Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 991-1010. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00073-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00073-X)
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatry Clinics of North American*, 33(3), 511-525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Melo, D. C., & Borges, F. G. A. (2008). *O papel do psicólogo comunitário: Análise de uma intervenção e propostas de atuação* [Apresentação de trabalho]. In 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Artmed.
- Ministério da Saúde. (2004a). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*.
- Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*.
- Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. (2002, 19 de fevereiro). <https://bit.ly/3CV5mWY>
- Morandi, M., & Guimarães, L. P. (2015). Intervenções cognitivo-comportamentais no tratamento das dependências químicas. *Id online. Revista de Psicologia*, 9(25), 203-216. <https://doi.org/10.14295/idonline.v9i25.321>
- Rangé, B., Falcone, E. M. O., & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(3).
- Rawson, R. A., & Clark, N. (2017). Interventions for the management of substance use disorders: An overview. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(3), 214-221. <https://doi.org/10.26719/2017.23.3.214>
- Roggi, P. M. S., Gama, M. F. N., Neves, F. S., & Garcia, F. (2015). Update on treatment of craving in patients with addiction using cognitive behavioral therapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 12(5), 118-127.
- Romanini, M., Pereira, A. S., & Dias, A. C. G. (2016). Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Disciplinarum Scientia*, 11(1), 115-132.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, Á., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom, J., & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113.
- Santos, E. G. D. (2010). *O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório institucional Ufes. <https://bit.ly/3CtGkgl>
- Silva, S. S., Pereira, R. C., & Aquino, T. A. A. (2011). Terapia cognitivo-comportamental no ambulatório público: Possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 44-49.
- Souza, I. C. W. (2010). O profissional da APS e as substâncias de abuso: O papel da capacitação na rotina da assistência [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora]. Repositório institucional UFJF <https://bit.ly/3CyRZdO>
- Souza, I. C. W., Ronzani, T. M., Gomide, H. P., & Vasques, F. (2012). Cognitive behavioural therapy in Brazil. In F. Naeem & D. G. Kingdon (Eds.), *Cognitive behavior therapy in non-Western cultures* (pp. 127-135). Nova Science.
- World Health Organization, & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International Standards for the treatment of drug use disorders. Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>
- Vaissman, M., Ramôa, M., & Serra, A. S. V. (2008). Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 121-132.
- Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: Theoretical rationale. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), *Behavioral treatments for drug abuse and dependence* (pp. 123-145). NIDA Research Monograph.


Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Artmed.

Yamamoto, O. H., Souza, J. A. J., Silva, N., & Zanelli, J. C. (2010). A formação básica, pós-graduada e complementar do psicólogo no Brasil. In A. V. B. Bastos & S. M. Gondin (Orgs.), *O trabalho do psicólogo no Brasil* (pp. 45-65). Artmed.

Érica Aparecida Schefer de Almeida

Psicóloga. Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior (CES/JF, atual UniAcademia). MBA em Gestão Estratégica de Pessoas pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF. Pós-graduada em Terapias Cognitivas pelo Centro Universitário Ozanam Coelho (UNIFAGOC), Ubá – MG. Brasil.


E-mail: ericaasalmeida@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0003-0155-2897>

Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Professora associada do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Mestre, doutora e tem pós-doutorado em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenadora do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (Crepeia), São Paulo – SP. Brasil.


E-mail: laisa.sartes@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1335-4305>

Karine Soriana Silva de Souza

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), Juiz de Fora – MG. Brasil.

E-mail: karinesorianass@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3763-6478>

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Psicologia (ICH-UFJF). Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário. CEP: 36036-900. Juiz de Fora – MG. Brasil.

Recebido 11/06/2020

Aprovado 09/09/2021

Received 06/11/2020

Accepted 09/09/2021

Recibido 11/06/2020

Aceptado 09/09/2021

Como citar: Almeida, É. A. S., Sartes, L. M. A., & Souza, K. S. S. (2022). Inserção das estratégias cognitivo-comportamentais no CAPS álcool e drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003239448>

How to cite: Almeida, É. A. S., Sartes, L. M. A., & Souza, K. S. S. (2022). Insertion of cognitive-behavioral strategies in CAPS alcohol and drugs. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003239448>

Cómo citar: Almeida, É. A. S., Sartes, L. M. A., & Souza, K. S. S. (2022). Inserción de estrategias cognitivo-conductuales em CAPS alcohol y drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003239448>