

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Mariana Fonseca Carvalho Maia

Estigma internalizado em usuários de drogas: Avaliação de processo de uma estratégia de redução de estigma internalizado baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso

Juiz de Fora

2020

Mariana Fonseca Carvalho Maia

Estigma internalizado em usuários de drogas: Avaliação de processo de uma estratégia de redução de estigma internalizado baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Pollyanna Santos da Silveira

Juiz de Fora

2020

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

Maia, Mariana Fonseca Carvalho .

Estigma internalizado em usuários de drogas : Avaliação de processo de uma estratégia de redução de estigma internalizado baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso / Mariana Fonseca Carvalho Maia. – 2020.

107 f. : il.

Orientadora: Pollyanna Santos da Silveira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.

1. Estigma internalizado. 2. Terapia de Aceitação e Compromisso. 3. Drogas. 4. Avaliação de protocolo. I. Silveira, Pollyanna Santos da, orient. II. Título.

MARIANA FONSECA CARVALHO MAIA

**ESTIGMA INTERNALIZADO EM USUÁRIOS DE DROGAS: AVALIAÇÃO
DE PROCESSO DE UMA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE ESTIGMA
INTERNALIZADO BASEADA NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO**

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

Dissertação defendida e aprovada em 04 de dezembro de 2020.

Prof^ª. Dr^ª. Pollyanna Santos da Silveira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^ª. Dr^ª. Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Rodrigo da Cunha Teixeira Lopes
Universidade Católica de Petrópolis

AGRADECIMENTOS

Toda a minha trajetória de trabalho e conhecimento construída nesse período não teria sido a mesma se não a presença de atores fundamentais, que dividiram comigo tantas experiências, compartilharam conhecimentos e histórias e foram incentivadores em tantos momentos.

Agradeço a Deus por ser presença constante em minha vida, fortaleza em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis.

À minha orientadora, Pollyanna, que tanto me ensinou nesse período e se empenhou nesse trabalho junto comigo, acreditando na grandeza dessa pesquisa e, principalmente, nos benefícios que ela pode trazer a esse público vulnerável, compartilhando dos mesmos ideais. Todo esse tempo de convivência nos aproximou para além da relação professora e aluna, permitindo o surgimento de uma admiração e amizade.

Aos professores Laisa Sartes e Rodrigo Lopes que fizeram contribuições valiosas na qualificação e, gentilmente, se dispuseram a participar dessa banca.

Aos amigos do CREPEIA, especialmente ao professor Telmo Ronzani, por todo aprendizado que lá pude obter. Pelo carinho recebido, pelas viagens e conhecimentos compartilhados. Foi uma experiência única e gratificante fazer parte desse núcleo.

Às queridas Natália, Lorrainy, Bruna e Caroline, que tanto contribuíram com disposição, carinho e competência para o andamento das pesquisas.

Aos amigos que fiz durante esse tempo, cada um com um lugarzinho especial em meu coração. Obrigada pela partilha de tantos momentos de alegria, estudos, angústias e descontração.

Ao meu companheiro de vida, que muitas vezes acredita em mim mais do que eu mesma, que não me deixou desanimar em nenhum momento, mostrando como eu era capaz de dar conta de todas as demandas acumuladas nesse período em que as funções tinham que ser divididas entre os estudos, o trabalho, a maternidade. Obrigada, Leandro, por tudo!

À minha filha Sophia, por toda doçura e que, mesmo em toda sua inocência de infância, se mostrou tão cuidadosa nos meus momentos de estudo, como se soubesse exatamente do que eu estava precisando. Obrigada por me ensinar todos os dias!

À minha filha Ísis, que já faz parte da minha vida e compartilhou das minhas emoções e cansaços a maior parte desse ano, aqui, ainda em meu ventre. Estou à sua espera, minha filha!

Aos meus pais, Geraldo e Stela, por serem fonte de tanta inspiração, por nunca me desampararem, por fazerem das minhas conquistas as suas, dos meus desafios os seus. Por todo carinho e cuidado para comigo e Sophia, estando sempre disponíveis para nossas necessidades.

Aos meus irmãos, Fábio, Wellington e Mário, por acreditarem em mim, por cada palavra de incentivo diante dos esforços do dia a dia nessa caminhada árdua de estudo e trabalho. Um carinho especial ao Mário que, neste ano, diante de todas as suas dificuldades, me ensinou tanto sobre não desistir de lutar. Estaremos sempre juntos!

À minha sogra, Vera, pelo preparo, com todo carinho, dos meus cantinhos de estudo nos finais de semana em Rio Preto, permitindo que eu me mantivesse focada na dissertação.

Aos meus colegas de trabalho do CAPS AD, da Casule e da Promoção Social, por serem parceiros e grandes incentivadores.

Aos profissionais do CAPS AD onde foi realizada a intervenção, que abriram mão de algumas de suas atividades em prol da realização do grupo e, especialmente, às pessoas que se dispuseram a participar dele, confiando em pesquisadoras que não conheciam, acreditando que poderiam obter ali benefícios para seus tratamentos.

Enfim, agradeço a todos que estiveram presentes, não só nessa caminhada do mestrado, mas em toda minha trajetória acadêmica e vida profissional dedicada a essa profissão que tanto amo, a Psicologia.

RESUMO

A dependência de álcool e outras drogas é uma das condições de saúde mais estigmatizadas pela sociedade. O discurso moral sobre o uso de drogas reforça o processo de estigmatização fazendo com que os usuários deixem de ser vistos em sua totalidade, passando a ser reduzidos a uma pessoa diminuída, desacreditada e, conseqüentemente, marginalizada. Algumas estratégias para redução do estigma têm sido utilizadas em diversos contextos, sendo importantes formas de amenizar os danos causados pela internalização do estigma. Neste sentido, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) vem sendo apontada como uma abordagem satisfatória para a redução do estigma internalizado e, ainda, no contexto do uso de drogas, para a redução da gravidade da dependência e das comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias. Tendo em vista a gravidade do próprio transtorno por uso de substâncias e das conseqüências do processo de internalização do estigma nessa condição, esta dissertação foi dividida em dois estudos. O Estudo I, cujo objetivo foi realizar uma revisão sistemática da literatura a este respeito, baseada nas recomendações presentes no guia *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), com enfoque na produção nacional e internacional sobre ACT e transtorno por uso de substâncias. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, PsycNET (APA), BVS, Web of Science, SciELO, LILACS e Science Direct com os descritores “Substance-Related Disorders” e “Acceptance and Commitment Therapy”. Os artigos analisados apresentaram intervenções baseadas na ACT em contexto grupal e individual, nas modalidades presencial ou à distância, como um aditivo ao tratamento convencional para a dependência de tabaco, álcool e outras drogas, em diferentes contextos, sendo verificados efeitos positivos da utilização da ACT nesses tratamentos em termos da redução da gravidade da dependência, redução do estigma internalizado e de sintomas comórbidos. Já o Estudo II teve como objetivo avaliar o processo de aplicação de um protocolo baseado em ACT, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, para usuários de álcool e outras drogas inseridos em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad, a fidedignidade ao protocolo original e preservação de seus componentes chaves. A amostra foi composta por nove participantes e foram realizados seis encontros voltados para a aplicação do protocolo. A intervenção foi conduzida por uma dupla de terapeutas treinada para a técnica e três observadoras que faziam os registros pertinentes conforme roteiro de observação previamente elaborado. Foram utilizados o questionário sociodemográfico para caracterização da amostra, questionário de ambivalência em psicoterapia, escala de estigma internalizado (ISMI) e a escala de severidade da dependência (SDS) para fins de avaliação do nível de

internalização do estigma, da gravidade da dependência, da flexibilidade psicológica e da motivação dos participantes, de maneira a complementar os dados sobre o alcance dos objetivos previstos com a intervenção. A análise dos dados ocorreu em duas etapas, primeiramente a partir da caracterização da amostra e da análise quantitativa dos resultados dos instrumentos utilizados e, em seguida, a através da análise dos roteiros de observação apoiada na Teoria Fundamentada. A intervenção manteve alto grau de fidelidade ao modelo original teórico, conservando seus componentes chaves ativos conforme os objetivos de cada sessão. Os resultados dos estudos permitiram identificar que a ACT pode ser eficaz tanto para a redução do estigma quanto para a diminuição da gravidade da dependência, assim como a viabilidade do protocolo no contexto brasileiro. Dessa forma, afirma-se a necessidade da continuidade dos estudos e da viabilização de um modelo integral que vise à inovação dos tratamentos já utilizados.

Palavras-chave: Drogas. Estigma Internalizado. Terapia de Aceitação e Compromisso.

ABSTRACT

Dependence on alcohol and other drugs is one of the health conditions most stigmatized by society. The moral discourse on drug use reinforces the stigmatization process, causing users to stop being seen in their entirety, being reduced to a diminished, discredited and, consequently, marginalized person. Some strategies to reduce stigma have been used in several contexts, being important ways to mitigate the damage caused by the internalization of stigma. In this sense, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been identified as a satisfactory approach to reduce internalized stigma and, in the context of drug use, to reduce the severity of dependence and the comorbidities associated with the disorder by substance use. In view of the severity of the substance use disorder itself and the consequences of the internalization process of stigma in this condition, this dissertation was divided into two studies. Study I, which aimed to conduct a systematic review of the literature in this regard, based on the recommendations in the Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes (PRISMA) guide, focusing on national and international production on ACT and use disorder of substances. The search was carried out in the PubMed, PsycNET (APA), VHL, Web of Science, SciELO, LILACS and Science Direct databases with the descriptors “Substance-Related Disorders” and “Acceptance and Commitment Therapy”. The analyzed articles presented interventions based on ACT in group and individual contexts, in person or at distance, as an additive to conventional treatment for addiction to tobacco, alcohol and other drugs, in different contexts, with positive effects of using ACT being verified in these treatments in terms of reducing the severity of dependence, reducing internalized stigma and comorbid symptoms. Study II aimed to evaluate the application process of an ACT-based protocol, translated and adapted for the Brazilian context, for users of alcohol and other drugs inserted in the Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs - CAPSad, the reliability of original protocol and preservation of its key components. The sample consisted of nine participants and six meetings were held to apply the protocol. The intervention was conducted by a pair of therapists trained in the technique and three observers who made the relevant records according to the observation script previously prepared. The sociodemographic questionnaire was used to characterize the sample, the ambivalence questionnaire in psychotherapy, the internalized stigma scale (ISMI) and the dependency severity scale (SDS) for the purpose of assessing the level of internalization of the stigma, the severity of the dependence, psychological flexibility and motivation of the participants, in order to complement the data on the achievement of the objectives foreseen with the intervention. Data analysis took place in two stages, first from the characterization of the

sample and from the quantitative analysis of the results of the instruments used, and then through the analysis of the observation scripts supported by the Grounded Theory. The intervention maintained a high degree of fidelity to the original theoretical model, keeping its key components active according to the objectives of each session. The results of the studies allowed us to identify that ACT can be effective both for reducing stigma and for reducing the severity of dependence, as well as the feasibility of the protocol in the Brazilian context. Thus, it is stated the need for continuity of studies and the feasibility of an integral model that aims to innovate the treatments already used.

Keywords: Drugs. Internalized stigma. Acceptance and Commitment Therapy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	10
2 ESTUDO I – TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E TRANSTORNO POR USO DE DROGAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	13
2.1 INTRODUÇÃO.....	13
2.2 MÉTODO.....	15
2.3 RESULTADOS	17
2.4 DISCUSSÃO.....	23
2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28
3 ESTUDO II - ESTIGMA INTERNALIZADO EM USUÁRIOS DE DROGAS: AVALIAÇÃO DE PROCESSO DE UMA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE ESTIGMA INTERNALIZADO BASEADA DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO	31
3.1 INTRODUÇÃO.....	32
3.2 MÉTODO.....	34
3.2.1 PARTICIPANTES	34
3.2.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	34
3.2.3 PROCEDIMENTOS	35
3.2.4 ANÁLISE DOS DADOS	37
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	38
3.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
3.4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	38
3.4.2 ANÁLISE DOS ROTEIROS DE OBSERVAÇÃO	41
3.5 CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS	57
4 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	62
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	66
ANEXO III – PROTOCOLO DA INTERVENÇÃO BASEADA EM ACT	70
ANEXO IV – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	95

1 INTRODUÇÃO GERAL

O uso de substâncias psicoativas se faz presente na história da humanidade. Suas mais diversas formas de uso envolvem aspectos culturais, rituais religiosos, o uso recreativo ou social e até mesmo medicinal, estando cada vez mais inserido no cotidiano da sociedade. O termo psicoativo diz respeito às alterações que tais substâncias provocam no sistema nervoso central resultando em mudanças no comportamento, humor e cognição dos indivíduos que as utilizam (CARLINI *et al.*, 2011). Apesar de o consumo ser uma prática milenar, foi somente ao longo do século XX que a utilização das substâncias psicoativas passou a ser alvo de atenção. Segundo informações do Relatório Mundial de Drogas das Nações Unidas de 2019, estima-se que 5% da população entre 15 e 64 anos utilizou alguma droga em 2015 e que 0,6% das pessoas (29,5 milhões) que fazem uso de drogas ilícitas possuem algum transtorno decorrente desse uso. Não só as ilícitas, mas, de maneira geral, o uso abusivo de álcool e outras drogas carrega consigo diversas consequências, entre as quais, o aumento do número de acidentes de trânsito, violência, prejuízos no desenvolvimento psicossocial e transtornos mentais e, dada esta magnitude, é considerado um problema de saúde pública, sendo tema de ampla discussão nas políticas públicas (MACHADO; MIRANDA, 2007) nacionais e internacionais. Nesta perspectiva, do campo da saúde pública, o assunto recebe um enfoque no ambiente, nos usuários de maneira geral e em todos os problemas associados ao uso, pautando ações mais coletivas, baseadas nos diferentes padrões de uso e em políticas de saúde gerais (PALM, 2006).

Mas, se de um lado, a concepção da saúde pública aparece como uma maneira de ultrapassar a visão individualista, biologicista e criminalizante, dominante em diversos países a respeito da prática do uso de drogas ao longo do século XIX, por outro lado, continua servindo como justificativa para ações higienistas e excludentes (PASSOS; SOUZA, 2011; TOLEDO; GÓNGORA; BASTOS, 2017) que estão, em sua maioria, relacionadas ao estigma associado aos usuários de drogas, ou seja, à maneira como estes indivíduos são vistos pela sociedade, o que acaba por evidenciar a pressão moralista ainda existente sobre tal prática.

O estigma é considerado um sinal de desonra e de indignidade, uma marca que caracteriza negativamente o indivíduo como desmoralizado e como alguém que deveria ser isolado do convívio em sociedade (SCHILLING; MIYASHIRO, 2008). As definições de estigmatização têm se concentrado na natureza dinâmica e contextual do estigma, envolvendo percepções acerca de desvios da norma e atribuições genéricas sobre caráter e identidade, impactando negativamente, especialmente, as esferas social e psicológica do indivíduo

estigmatizado (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2000). Dessa forma, o que acontece é uma desvalorização global de determinadas populações, com base em algumas características que elas possuem.

No que diz respeito ao uso abusivo de álcool e outras drogas, o estigma tem sido mostrado como um dos principais fatores que interferem negativamente no quadro de dependência destas substâncias (ROOM, 2005; SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2018a; UÇOK, 2008), o que vai desde a demora na busca por tratamento, que parte do próprio indivíduo, até consequências mais graves advindas das práticas de confinamento e encarceramento (HATZENBUEHLER; PHELAN; LINK, 2013), que cerceiam o direito à liberdade e o convívio em sociedade, fatores que podem ocasionar danos muito maiores que o próprio transtorno em si (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2018b).

Não obstante, diante de uma sociedade estigmatizadora, um fenômeno que tem se tornado comum é a concordância dos indivíduos alvos desta estigmatização com os rótulos que lhes são atribuídos, passando a aplicá-los em si mesmos, o que caracteriza o processo chamado de internalização do estigma. O estigma internalizado acontece quando o indivíduo se torna consciente dos estereótipos negativos a ele atribuídos, concorda com estes estereótipos e os aplica em si mesmo (CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006). A internalização é considerada uma das principais consequências do processo de estigmatização e se apresenta como uma barreira para perseguir os principais objetivos de vida à medida que torna-se central para as condições psicológicas destes indivíduos, atrasando, por exemplo, a procura por tratamento nos casos que envolvem uma condição de saúde (CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006; LUOMA *et al.*, 2008).

Diversos estudos têm apresentado evidências de que o estigma internalizado está associado a impactos globais na vida do portador de uma condição estigmatizante, tais como perda de autoestima e auto eficácia, sentimentos de vergonha, culpa, desesperança, angústia auto reprovação e depressão, diminuindo as suas perspectivas já limitadas de recuperação (CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006; HASSON-OHAYON *et al.*, 2011; LIVINGSTON; BOYD, 2010; SCHOMERUS *et al.*, 2011; SILVEIRA *et al.*, 2018a).

Dada a seriedade dos efeitos mencionados advindos de todo o processo de estigmatização e internalização do estigma, merecem destaque as iniciativas de intervenções voltadas para a diminuição de tais efeitos e da própria condição de internalização. Neste sentido, em relação ao estigma associado ao abuso de substâncias, as intervenções que incluíam grupos

de Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) apresentaram resultados satisfatórios para redução do estigma (LIVINGSTON *et al.*, 2011; LUOMA *et al.*, 2008). A ACT integra o grupo das chamadas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC's) (WILSON *et al.*, 2010) sendo caracterizada como uma abordagem ampla e funcional ao tratamento, baseada em uma teoria analítica comportamental contemporânea, da linguagem e da cognição, chamada Teoria dos Quadros Relacionais que, segundo Hayes *et al.* (2010, p. 29) “percebe o sofrimento humano como originário da inflexibilidade psicológica promovida pela esquiva experiencial”. Seu principal objetivo é aumentar a flexibilidade psicológica, ou seja, a disposição para aceitar todos os aspectos da experiência sem envolver-se em comportamentos de evitação desnecessários, persistindo ou alterando a busca de valores e objetivos pessoais conforme o contexto (MONTEIRO *et al.*, 2015; TWOHIG, 2012).

Tendo em vista a complexidade e a extensão dos problemas associados à estigmatização do uso de drogas, bem como os apontamentos para a efetividade das intervenções baseadas em ACT para a redução do estigma internalizado em usuários de substâncias, esta dissertação partiu da imersão no campo da ACT, sendo dividida em dois estudos: ESTUDO I - Terapia de Aceitação e Compromisso e Transtorno por Uso de Drogas: Uma Revisão Sistemática, com o objetivo de verificar como a ACT vem sendo utilizada para o tratamento dos transtornos associados ao uso de drogas e ESTUDO II - Estigma internalizado em usuários de drogas: Avaliação de processo de uma estratégia de redução de estigma internalizado baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, cujo objetivo foi avaliar o processo de intervenção baseado em ACT para a redução do estigma internalizado de usuários de álcool e outras drogas no contexto brasileiro através da aplicação de um protocolo baseado em ACT, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, para usuários de álcool e outras drogas inseridos em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPSad, analisando a aceitação e entendimento dos participantes quanto a cada componente do protocolo, a fidedignidade ao modelo original e a preservação de seus componentes chaves, avaliando, ainda, a motivação bem como indicadores de efetividade da intervenção em termos da redução da gravidade da dependência e flexibilidade psicológica.

2 ESTUDO I – TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E TRANSTORNO POR USO DE DROGAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA¹

RESUMO

O uso prejudicial de substâncias psicoativas tem sido considerado um dos maiores problemas de saúde pública, exprimindo consequências relevantes que incluem alterações neuropsicológicas, sociais e de saúde. Diversas abordagens são utilizadas para o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias diante dos desafios impostos. Dessa forma, este estudo teve por objetivo realizar uma revisão sistemática da utilização da Terapia de Aceitação e Compromisso para o tratamento destes transtornos, através das recomendações do guia *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Observou-se nas intervenções analisadas o aumento da flexibilidade psicológica, atenuação das taxas de abandono do tratamento e redução do consumo de substâncias.

Palavras-chave: Abuso de substâncias. Terapias cognitivas. Avaliação de resultado de intervenções terapêuticas.

ABSTRACT

Harmful use of psychoactive substances has been considered one of the biggest public health problems, expressing relevant consequences that include neuropsychological, social and health changes. Several approaches are used to treat disorders related to substance use in the face of the challenges imposed. Thus, this study aimed to conduct a systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of these disorders, through the recommendations of the Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guide. It was observed in the analyzed interventions an increase in psychological flexibility, attenuation of treatment abandonment rates and reduction of substance consumption.

Keywords: Substance abuse. Cognition therapies. Evaluation of results of therapeutic interventions.

2.1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo e prejudicial de drogas, tal como se reconhece na atualidade, tem sido considerado um dos maiores problemas de saúde pública, haja vista sua elevada e crescente magnitude, bem como as repercussões na saúde e na vida das pessoas de maneira geral (CAPISTRANO *et al.*, 2018; MACHADO; MIRANDA, 2007; RAIMUNDO *et al.*, 2016; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002). Estima-se que, em 2016, cerca de 271 milhões de

¹ Artigo submetido à Revista Estudos de Psicologia de Campinas.

peessoas entre 15 e 64 anos fizeram o uso de alguma droga, sendo que, destas, 35 milhões sofrem de transtornos decorrentes do uso dessas substâncias (UNODC, 2019). Entre as consequências mais relevantes do uso abusivo, observam-se, principalmente, alterações neuropsicológicas, sociais e de saúde (ANTUNES; COSTA, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2013). Além do número crescente de mortes, como aponta o Relatório Mundial sobre Drogas do ano de 2019, indicando 585.000 mortes e 42 milhões de anos de vida "saudável" perdidos.

Diversas abordagens, entre psicológicas, multiprofissionais e terapias medicamentosas, são utilizadas para o tratamento do transtorno por uso de substâncias. Um levantamento nacional realizado por Bastos *et al.* (2017) averiguou que, quase 1,6 milhões de indivíduos entre 12 e 65 anos já receberam algum desses tratamentos, pelo menos uma vez na vida, o que corresponde a 1,1% da população brasileira. Apesar do número expressivo, muitos desafios se apresentam ao longo do tratamento, que vão desde a motivação até a influência dos próprios serviços e abordagens, o que pode impactar diretamente na adesão e na remissão do transtorno de maneira negativa, resultando, muitas vezes, no abandono prematuro (SILVEIRA *et al.*, 2018a).

Diante dos desafios impostos, diversos estudos sobre novas abordagens têm sido realizados a fim de garantir um tratamento mais efetivo e com estratégias mais compreensivas neste universo (SILVEIRA *et al.*, 2018a). Nesta perspectiva, observa-se que a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem sido utilizada, combinada aos tratamentos usuais, para a redução da gravidade da dependência e de outras comorbidades associadas ao uso de álcool e outras drogas (KOLLING; PETRY; MELO, 2011), para a prevenção e a promoção de saúde e para tratar uma variedade de outras desordens (MONTEIRO *et al.*, 2015; THURSTONE *et al.*, 2017).

Integrante do grupo das chamadas Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC's) (WILSON *et al.*, 2010), a ACT foi proposta por Steven Hayes e colaboradores em 1987 e enfatiza especialmente a flexibilidade psicológica, caracterizada pela capacidade de entrar em contato com o momento presente e aceitar os eventos privados, persistindo na busca de esclarecimento dos valores pessoais, o que proporciona o surgimento de ações e comportamentos em direção aos mesmos e, conseqüentemente, uma vida mais significativa (COSTA, 2017; HAYES *et al.*, 2004).

O modelo central de intervenção desta abordagem abrange seis temáticas, a saber: momento presente, aceitação, valores, ações com compromisso, desfusão cognitiva e self como contexto, que devem ser guiadas pelas necessidades e características de cada indivíduo

(COSTA; SOARES, 2015; HAYES *et al.*, 2004). A aceitação e a desfusão irão trabalhar com os eventos aversivos e com as condições que levaram o indivíduo a buscar ajuda, procurando desenvolver flexibilidade para seus pensamentos. Já os valores e as ações com compromisso irão propiciar a construção de novas metas, contextos e valores pessoais que possibilitem ao indivíduo clarificar os caminhos a serem seguidos. O momento presente e o self como contexto irão permear durante todo o tratamento, sendo moldados de acordo com as necessidades específicas de cada um naquele momento (HAYES, 2004/2016).

Considerando que a literatura ainda tem privilegiado outras abordagens e técnicas, como a entrevista motivacional, a terapia cognitivo-comportamental e o modelo transteórico de mudança para o tratamento dos problemas decorrentes do uso de drogas (RODRIGUES *et al.*, 2013), torna-se necessário apresentar, de maneira sistemática, os efeitos positivos da ACT como abordagem de tratamento para o transtorno por uso de substâncias a fim de avaliar as validades empíricas e a eficácia desta abordagem para a dependência.

Dessa maneira, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura a este respeito, a fim de proporcionar um escopo científico eficiente para atender as demandas existentes no âmbito da dependência por uso de substâncias, analisando em quais pontos a ACT se mostra efetiva e promissora frente aos desafios encontrados neste campo.

2.2 MÉTODO

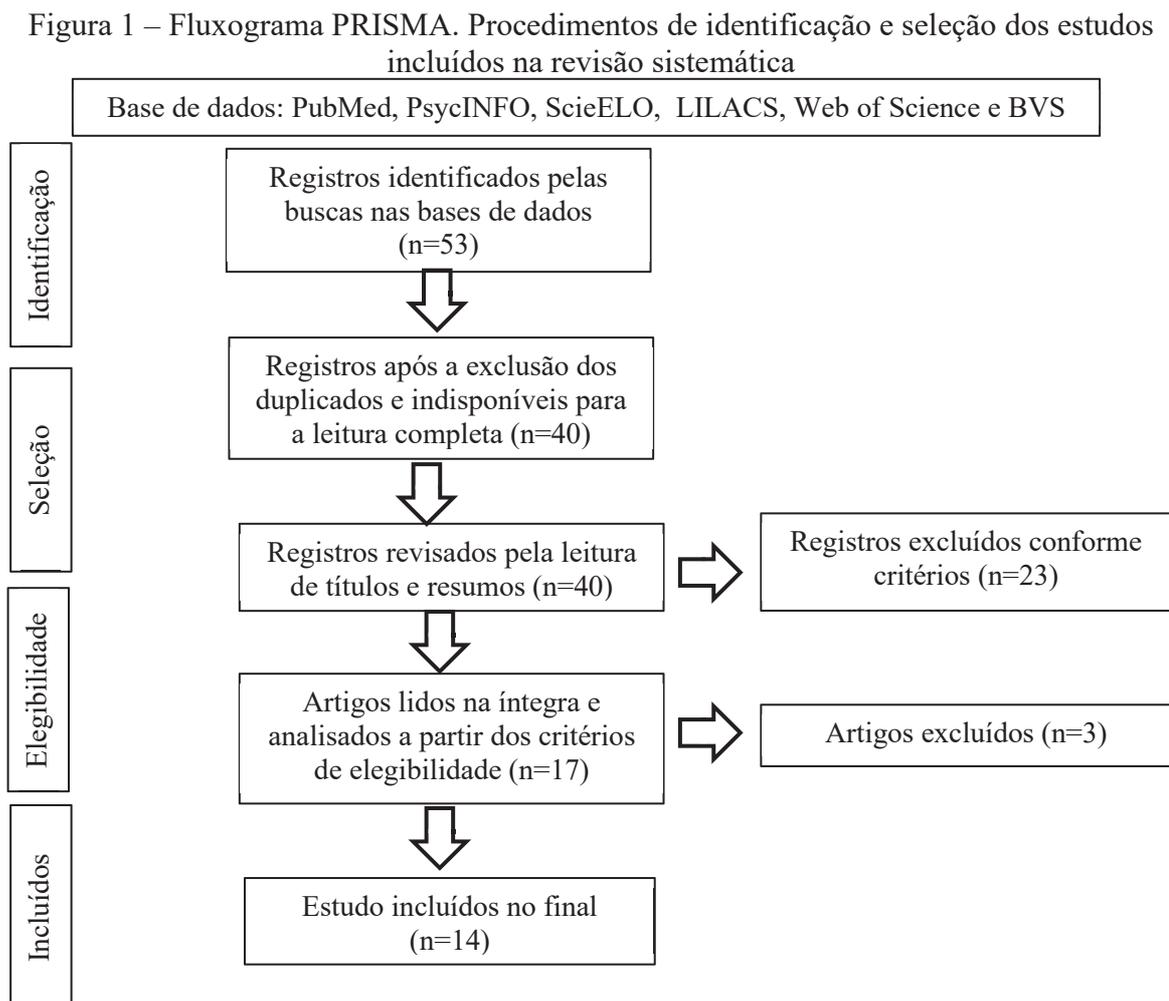
A presente revisão sistemática foi baseada nas recomendações presentes no guia *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015), com enfoque na produção sobre ACT e transtorno por uso de substâncias. A busca bibliográfica foi realizada em 2019 nas bases de dados Pubmed, PsycNET (APA), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), ScienceDirect, Web of Science, BVS (*Biblioteca Virtual em Saúde*) e LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*). A definição das bases foi realizada a partir da relevância que possuem na indexação de periódicos científicos que estão vinculados às áreas de conhecimento deste trabalho, como saúde e psicologia.

Como estratégia de busca, foram utilizados em todas as bases os descritores "*Substance-Related Disorders*" e "*Acceptance and Commitment Therapy*" encontrados a partir do método de controle de vocabulário do *Medical Subject Heading Terms* (*Mesh Terms - MeSH*), desenvolvido pela *U.S. National Library of Medicine*. As duas expressões foram combinadas

através do operador *booleano* “AND” para que fossem encontrados os campos de interseção entre as mesmas, com a finalidade de localizar registros onde ocorressem de maneira simultânea.

Como critérios iniciais de inclusão, foi estabelecido que os artigos deveriam ser frutos de uma pesquisa empírica que: a) avaliasse os resultados de uma intervenção baseada em ACT e, b) voltada para o tratamento do uso de substâncias. Foram adotados como critérios de exclusão artigos teóricos, de revisão de literatura, editoriais, dentre outros.

Foram encontrados 49 artigos a partir da busca eletrônica nos bancos de dados e, após a exclusão daqueles duplicados e dos que não estavam disponíveis para leitura completa, todos os resumos foram lidos e avaliados. Após esta etapa, foram excluídos os artigos que tratavam de revisões sistemáticas e aqueles que não atendiam aos critérios iniciais de inclusão, processo que resultou em um total de 14 artigos elegíveis para a revisão, conforme apresentado na Figura 1.



Fonte: Adaptado de Galvão, Pansani e Harrad (2015).

2.3 RESULTADOS

Os artigos resultantes foram analisados a partir de três aspectos: indicadores bibliométricos, método utilizado e resultados principais. Nos indicadores bibliométricos foram descritos o idioma, o país de origem dos artigos e o ano de publicação. Em relação ao método, observou-se o tipo de delineamento, público alvo (contextos abordados, substâncias utilizadas, comorbidades), instrumentos utilizados e procedimentos (em grupo ou individual, presencial ou à distância). Nos resultados dos estudos foram analisadas as mudanças observadas, a efetividade, a viabilidade e aceitabilidade das intervenções.

Dos 14 artigos incluídos na análise, 13 foram publicados no idioma inglês, sendo apenas 1 em espanhol e, no que se refere à origem das pesquisas, os Estados Unidos obtiveram a produção majoritária, totalizando 11 dos 14 artigos selecionados. Em relação aos demais, um foi produzido na China e dois na Espanha. O primeiro artigo foi publicado no ano de 2011, havendo, a partir daí, ao menos a frequência de uma publicação anual até 2017, sendo o maior número em 2015, período que envolveu maior difusão da temática nas publicações científicas entre os artigos analisados, com o total de 6 publicações. Grande parte das pesquisas utilizou a abordagem quantitativa na análise de seus dados (85,71%) e uma pequena parcela fez uso de métodos quantitativos/qualitativos no mesmo estudo (14,29%), não havendo nenhum de abordagem exclusivamente qualitativa.

As populações estudadas apresentaram notável variabilidade no que diz respeito ao tamanho amostral, de 1 até 420 participantes (Tabela 1). A maioria das pesquisas envolveu adultos de ambos os sexos (64,29%), sendo que apenas 14,29% investigaram somente mulheres, 7,14% investigaram idosos do sexo masculino, 7,14% adolescentes de ambos os sexos e 7,14% adulto do sexo masculino. Os contextos foram diversos: populações encarceradas (14,29%), em tratamento de saúde mental estável e a longo prazo para Transtorno do Estresse Pós-Traumático comórbido (7,14%), em tratamento medicamentoso para Transtorno Bipolar comórbido (7,14%), em tratamento residencial para o transtorno por uso de substâncias (14,29%), em centros de atenção primária à saúde (7,14%), em tratamento para dor crônica (7,14%), em programa de tratamento integrado à internação em hospital universitário (7,14%), inseridas em um programa de tratamento para o uso de substâncias em adolescentes (7,14%) e sem critério de tratamento concomitante ou anterior às intervenções (28,58%).

As principais drogas evidenciadas nos artigos revisados foram o tabaco (43%) e uso de substâncias de maneira geral (42,86%), álcool (7,14%) e opiáceos (7%,14). As comorbidades relacionadas ao transtorno por uso de drogas estiveram presentes em metade dos artigos. Os transtornos mais evidenciados foram o transtorno afetivo bipolar (TAB) (14,29%) e a depressão (14,29%), temas que foram ainda abordados de maneira simultânea em um dos artigos, além do transtorno do estresse pós traumático (TEPT) (7,14%), transtornos mentais de maneira geral (7,14%) e comorbidades neuropsicológicas (7,14%). Além das comorbidades, um estudo investigou a vergonha associada ao uso abusivo de substâncias e outro procurou investigar a dependência de opiáceos em casos de dor crônica.

Os constructos centrais para a realização desta revisão sistemática foram avaliados nas pesquisas encontradas através de instrumentos e escalas padronizados e entrevistas que buscavam avaliar a mudança na flexibilidade psicológica, a aceitação experiencial, os níveis de ansiedade e depressão, a adesão ao tratamento, o grau de severidade da dependência, mudança de comportamento, entre outros. Foram realizados pré e pós-testes, sendo que alguns estudos prolongaram o acompanhamento com a replicação dos instrumentos em um, três ou seis meses após a intervenção. Os estudos analisados não descreveram os critérios de elegibilidade para os instrumentos utilizados e a maior parte utilizou três ou mais, com exceção de Zeng *et al.* (2016) que utilizaram apenas um, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise da população, objetivos e instrumentos dos artigos

Artigos	População (n)	Objetivos	Instrumentos
Luoma <i>et al.</i> (2011)	Participantes de programa (n=133)	Avaliar a ACT para a redução da vergonha em usuários de substâncias	ISS; TSR; TLFB; The General Health Questinnaire- 12; The Quality of Life Scale; The Multidimensional Scale of Perceveid Social Support.
Litvin <i>et al.</i> (2012)	Adultos fumantes (n=162)	Comparar a ACT à técnica de supressão	FTND; QSU-4; Single item urgency scale; Magnitude estimate of desire.
Lanza (2013)	Mulheres encarcerada (n=31)	Testar a eficácia da ACT no tratamento de transtornos por uso de substâncias	Entrevista ad hac; MINI Internacional Neuropsychiatric Interview; ASI-6; Anxiety sensitivity index; AAQ-II; UA; Auto save.
Lanza <i>et al.</i> (2014)	Mulheres encarceradas (n=50)	Determinar a eficácia diferencial da ACT e da TCC nos transtornos por uso de substâncias	ASI-6; MINI Internacional Neuropsychiatric Interview; ASI; AAQ-II; UA; Auto save.
Kely <i>et al.</i> (2015)	Fumantes em tratamento medicamentoso para Transtorno Bipolar e tabagismo (n=19)	Avaliação da viabilidade e aceitação da ACT-PT combinada a adesivos de nicotina	Entrevista clínica estruturada para a versão não-paciente do DSM-IV; FTND; The scale of contemplation; CSQ-8; QSU-Brief; Self report.

Artigos	População (n)	Objetivos	Instrumentos
Romero (2015)	Adulto usuário de múltiplas drogas (n=)	Desenvolvimento de intervenção baseada na ACT em conjunto com reabilitação neuropsicológica para redução do consumo de substâncias	AAQ-II; ISP; Inventario de Síntomas SCL-90-R; MoCA; VinciDrog.
Thekiso <i>et al.</i> (2015)	Pacientes de hospital com transtorno afetivo comórbido (n=52)	Examinar a eficácia da ACT somada ao tratamento usual	TLFB; BDI; BAI; YMRS
Mak (2015)	Pacientes fumantes em Centros de Atenção Primários (n=420)	Explorar os fatores relacionados à participação em programa baseado na ACT	SF-12; FTND; ERQ
Heffner <i>et al.</i> (2015)	Membros do Group Health fumantes diários portadores de transtorno bipolar (n=16)	Desenvolver e testar nova intervenção para cessação do tabagismo combinando a ACT com o uso de adesivos de nicotina	Semi-structured assessment protocol for the genetics of alcoholism; YMRS; MADRS; MINI Internacional Neuropsychiatric Interview; PHQ-9; ASRM
Jones <i>et al.</i> (2015)	População geral de fumantes (n=94)	Comparar a receptividade do tratamento com ACT pela web com um programa governamental via web	Anxiety and Depression Detector; AIS-27; Satisfaction questionnaire.
Zeng <i>et al.</i> (2016)	População geral de fumantes (n=84)	Examinar a adesão a um aplicativo para cessação do tabagismo baseado na ACT	AIS-27
Smallwood (2016)	Pacientes com dor lombar crônica (n= 12)	Avaliar a ACT em relação à dor e à dependência de opiáceos	AAQ-II; MAAS; RMDQ; Ten Point (0-9); SPM8.
Thurstone (2017)	Adolescentes em um programa de tratamento para uso de substâncias	Desenvolvimento de intervenção Entrevista Motivacional/ACT para tratamento do uso de substâncias, avaliando sua viabilidade	ORS; TLFB; SRS
Shorey <i>et al.</i> (2017)	Participantes de programa residencial de tratamento de uso de substâncias	Verificar a efetividade das intervenções baseadas em Mindfulness e na ACT em relação ao tratamento usual	PACS; FFMQ; AAQ-AS

Fonte: Autoria própria.

A amostra analisada apresentou intervenções baseadas na ACT em contexto grupal (50%) ou individual (50%), nas modalidades presencial (64,29%) ou à distância (35,71%), sendo 21,42% destas através do telefone, 7,14% pela web, e 7,14% através de um aplicativo de smartphone. As intervenções foram realizadas como um aditivo para o tratamento convencional para a dependência de tabaco, álcool e outras drogas em diferentes contextos: atenção primária à saúde, programas de internação, encarceramento (presídios), comorbidades em saúde mental, entre outros (JONES *et al.*, 2015; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013; SMALLWOOD; POTTER; ROBIN, 2016; THURSTONE *et al.*, 2017).

Todos os artigos buscaram, em suma, investigar a eficácia da ACT no tratamento para o uso de substâncias e avaliar, ainda, a viabilidade da intervenção, a aceitação dos participantes, a eficácia da ACT combinada ou em contraste com outros tipos de abordagens, a adesão ao uso de ferramentas tecnológicas baseadas na ACT para cessação do uso de substâncias, a eficácia para a redução da dor crônica, da vergonha internalizada e de transtornos comórbidos.

Os impactos decorrentes da utilização da ACT foram evidenciados de diferentes maneiras, dependendo do estudo realizado, do contexto e dos objetivos pretendidos. De maneira geral, grande parte das pesquisas apontou para sobreposição da ACT em relação à outras abordagens para o transtorno por uso de substâncias, elevado potencial em algumas combinações, aumento da aceitação, maior flexibilidade psicológica, eficácia na redução e no desejo do uso de substâncias, promoção da prevenção de recaídas, maior aderência ao tratamento, aumento da confiança e da motivação e redução dos sintomas das comorbidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, como dos níveis de ansiedade e de depressão, declínios sintomatológicos no Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) e no deterioramento neuropsicológico (LANZA *et al.*, 2014; LITVIN *et al.*, 2012; ROMERO, 2015; SMALLWOOD; POTTER; ROBIN, 2016; THURSTONE *et al.*, 2017).

A eficácia da ACT em relação à redução ou abstinência do uso de drogas foi apontada em 64,29% dos estudos, que abordaram o consumo de tabaco, o álcool, a cocaína, a maconha, os opiáceos e o uso de substâncias de maneira geral (HEFFNER *et al.*, 2015; KELLY *et al.*, 2015; LANZA *et al.*, 2014; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013; LUOMA *et al.*, 2011; ROMERO, 2015; SMALLWOOD; POTTER; ROBIN, 2016; THEKISO *et al.*, 2015; THURSTONE *et al.*, 2017).

Quando comparada à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e às Técnicas de Supressão, foram apresentadas vantagens da ACT em relação à primeira, mas não foi evidenciada maior eficácia em relação à segunda. Nos resultados pós-testes e *follow-up*, os participantes do grupo de ACT apresentaram taxas de abstinência maiores e crescentes, estatisticamente significativas, em relação ao grupo de TCC, além de decréscimos progressivos em todas as áreas de gravidade da dependência (LANZA *et al.*, 2014). Já em relação à técnica de supressão, no estudo experimental realizado por Litvin *et al.* (2012), embora os grupos de ACT e supressão tenham apresentado maior autoeficácia para evitar o comportamento de fumar em comparação ao grupo controle, não foi evidenciada superioridade da ACT em relação à outra abordagem.

Na combinação com outras abordagens, apesar das limitações, os estudos de Thurstone *et al.* (2017) e Shorey *et al.* (2017), que combinaram a ACT, respectivamente, à Entrevista Motivacional e ao Mindfulness, apontaram para resultados promissores destas combinações. O primeiro apresentou diferenças significativas na escala de avaliação dos resultados em relação ao bem-estar emocional dos participantes entre o pré e o pós-teste, apontou altos índices de abstinência por pelo menos uma semana entre os participantes, assim como alta satisfação com o modelo de intervenção, fatores que sugerem maior envolvimento dos jovens ao tratamento e consequente redução do índice de abandono prematuro do cuidado (THURSTONE *et al.*, 2017). Já o estudo de Shorey *et al.* (2017), sem encontrar diferenças estatisticamente significativas, apontou para um menor desejo pelo uso de drogas e maior flexibilidade psicológica em comparação com o grupo de tratamento usual.

No que diz respeito aos estudos que averiguaram comorbidades relacionadas ao uso de substâncias, houve uma variabilidade em termos do tipo do transtorno comórbido, ambiente em que ocorreu a intervenção e no número e na forma de distribuição dos participantes, contudo, a maioria deles apontou para benefícios da ACT para a redução dos sintomas comórbidos (JONES *et al.*, 2015; KELLY *et al.*, 2015; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013; ROMERO, 2015; THEKISO *et al.*, 2015). A pesquisa que envolveu indivíduos com TEPT e dependência de tabaco, apontou redução significativa dos sintomas do TEPT ao longo do tempo e que, embora os níveis de abstinência em relação ao tabaco tenham aumentado do início do tratamento até o seguimento de um mês, houve uma redução no seguimento de seis meses (KELLY *et al.*, 2015).

O estudo de caso com indivíduo com comorbidades neuropsicológicas realizado por Romero (2015) apontou evidente redução dos problemas relacionados ao córtex pré-frontal, especialmente nas áreas envolvidas no controle executivo, problemas de atenção e comportamento social, além do aumento do repertório comportamental.

Nas comorbidades com transtornos afetivos, os estudos de Thekiso *et al.* (2015) e Jones *et al.* (2015) sugerem que o uso da ACT pode levar a uma melhora sustentada na redução dos transtornos comórbidos. Thekiso *et al.* (2015) apontaram escores mais baixos na intensidade da depressão, menores escores de comportamentos obsessivo-compulsivo no desejo do álcool e significativas diferenças estatísticas na diminuição da ansiedade, embora em relação às taxas de abstinência totais, não tenha havido diferenças significativas entre os grupos de ACT e de tratamento usual. Já Heffner *et al.* (2015) não encontraram mudanças clínicas significativas em relação ao transtorno afetivo desde a linha de base até o final do tratamento, embora tenham

observado alta receptividade da intervenção pelos participantes, além dos efeitos na cessação do tabagismo. Lanza e González-Menéndez (2013), no estudo com mulheres encarceradas, também observaram uma série de transtornos comórbidos relacionados ao transtorno por uso de substâncias e, nos testes imediatamente após a intervenção e no seguimento de seis meses, verificaram redução principalmente nos sintomas de ansiedade, diminuição da evitação experiencial e aumento da aceitação, além da redução do uso de drogas.

De maneira semelhante, ao investigarem a vergonha associada ao transtorno por uso de substâncias, Luoma *et al.* (2011) registraram períodos maiores de abstinência, redução dos níveis de vergonha internalizada e menores índices de deterioração nos participantes que receberam a intervenção. Da mesma forma, o estudo de Smallwood, Potter e Robin (2016) com pacientes com dor crônica e dependência de opiáceos, apontou resultados eficientes para a diminuição da ativação da dor e conseqüente redução do consumo da droga.

Por fim, as pesquisas que averiguaram a adesão e receptividade às intervenções via telefone, web e aplicativo, fundamentadas na ACT com vistas para a cessação do tabagismo, apesar de apenas uma delas ter encontrado diferenças significativas entre os grupos para a cessação ou redução do tabagismo, todos apontaram alta receptividade e maior probabilidade de aderência, além de relacionarem o aumento dos níveis de aceitação com maiores benefícios no tratamento (HEFFNER *et al.*, 2015; JONES *et al.*, 2015; MAK; LEE; LOKE, 2015; ZENG *et al.*, 2016). A sumarização dos principais aspectos desses estudos se encontra a seguir:

Tabela 2 – Análise dos principais aspectos

Aspectos	Resultados
Método	Número de Publicações / (%)
<u>Tipo de delineamento</u>	
Quantitativa	12 / (85,71)
Qualitativa/Quantitativa	02 / (14,29)
<u>Público Alvo</u>	
População:	
Adolescentes de ambos os sexos	01 / (7,14%)
Adultos de ambos os sexos	09 / (64,29%)
Mulheres	02 / (14,29%)
Homens	01 / (7,14%)
Homens Idosos	01 / (7,14%)
<u>Drogas evidenciadas</u>	
Alcool	01 / (7,14%)
Tabaco	06 / (42,86%)
Opiáceos	01 / (7,14%)
Drogas de maneira geral	06 / (42,86%)
<u>Comorbidades</u>	

Comorbidades neuropsicológicas	01 / (7,14%)
Depressão	02 / (14,29%)
Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)	02 / (14,29%)
Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)	01 / (7,14%)
Transtornos mentais de maneira geral	01 / (7,14%)
Sem transtorno identificado	07 / (50,00%)

Procedimentos

Individual	07 / (50,00%)
Grupal	07 / (50,00%)
Modalidade presencial	09 / (64,29%)
Modalidade à distância	05 / (35,71%)
Via telefone	03 / (21,42%)
Via web	01 / (7,14%)
Via aplicativo de smartphone	01 / (7,14%)
Distribuição aleatória	09 / (64,29%)
Grupo controle	08 / (57,12%)
Pré-teste	12 / (85,71%)
Pós-teste	09 / (64,29%)

Resultados principais

Efetividade da ACT em relação à redução do uso de drogas	09 / (64,29%)
Aumento da aceitação e da flexibilidade psicológica	05 / (35,71%)
Eficácia na redução no desejo do uso de substâncias e maior aderência ao tratamento	05 / (35,71%)
Aumento da confiança, motivação e redução das comorbidades relacionadas ao uso de substâncias	05 / (35,71%)
Redução dos sintomas comórbidos	06 / (42,86%)
Alta receptividade, maior probabilidade de aderência e aumento dos níveis de aceitação baseado nos benefícios do tratamento	04 / (28,58%)

Fonte: Autoria própria.

2.4 DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática teve o objetivo de fornecer uma análise dos trabalhos empíricos que têm sido realizados com a utilização da ACT nos transtornos por uso de substâncias e seus respectivos resultados no que diz respeito à aceitação, viabilidade e redução da gravidade da dependência. Destaca-se o rigor metodológico a partir da utilização do protocolo PRISMA, que é reconhecido internacionalmente e tem como objetivo aprimorar a qualidade dos artigos de revisão sistemática e meta-análise.

Apesar da ACT ter surgido como proposta no final da década de 1980, nesta revisão, foram observadas publicações sobre a temática relacionada aos transtornos por uso de substâncias somente a partir de 2011. De maneira geral, as pesquisas analisadas utilizaram a ACT como uma abordagem adicional ao tratamento usual para a dependência de substâncias, apresentando-a como um diferencial positivo nos diversos tipos de intervenção, apontando, especialmente, para o aumento da flexibilidade psicológica, maior engajamento no tratamento,

redução da sintomatologia dos transtornos comórbidos e do uso de substâncias (HEFFNER *et al.*, 2015; KELLY *et al.*, 2015; LANZA *et al.*, 2014; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013; LUOMA *et al.*, 2011; ROMERO, 2015; SHOREY *et al.*, 2017; SMALLWOOD; POTTER; ROBIN, 2016; THEKISO *et al.*, 2015).

A partir das observações dos estudos foi possível verificar que os mesmos estão coerentes com as características da população. A maior parte identificou comorbidades relacionadas ao transtorno por uso de substâncias e que, mesmo com uma gama de tratamentos disponíveis, ainda há pouca aderência aos mesmos. Muitas pessoas, quando iniciam este tipo de tratamento, muitas vezes, optam por terminá-lo prematuramente, deixando, assim, evidenciados os impactos do uso abusivo ou da dependência de substâncias, fatores que apontam para a necessidade de novas abordagens neste contexto como bem evidenciado em alguns estudos (HEFFNER *et al.*, 2015; JONES *et al.*, 2015; THURSTONE *et al.*, 2017).

Diante de tais observações, torna-se pertinente a discussão de aspectos importantes a partir dos artigos analisados, como nos modelos de tratamentos voltados para o público adolescente, nos quais são apontadas insuficiências e a necessidade de se levar em conta os fatores necessários à melhor adesão ao tratamento, que incluem aspectos como a capacidade de se expressar abertamente e de maneira honesta, o envolvimento com a definição de metas e a motivação para a mudança (THURSTONE *et al.*, 2017). Além disso, a escassez de abordagens direcionadas a indivíduos que fazem uso de substâncias e que apresentam alguma comorbidade, reitera essa precariedade, evidenciando que a insuficiência de tratamentos integrados é um aspecto problemático, haja vista que, grande parte das pessoas em tratamento para o uso abusivo de substâncias apresentam desordens psiquiátricas de forma concomitante e, por este motivo, piores resultados em relação ao tratamento e maior dificuldade de adesão (JONES *et al.*, 2015; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013; THURSTONE *et al.*, 2017).

Neste sentido, conforme apontado nas pesquisas, a ACT vem ganhando visibilidade e mostrando-se eficaz entre as modalidades de terapias associadas ao tratamento para o transtorno por uso de substâncias, uma vez que se destina a aumentar a flexibilidade psicológica, apresentando um modelo de funcionamento ao longo de um continuum, cultivando processos durante o tratamento e prevenindo dificuldades psicológicas no futuro (WILSON *et al.*, 2012), o que pode levar a resultados promissores a longo prazo, como verificados nos estudos com *follow-up* (HEFFNER *et al.*, 2015; JONES *et al.*, 2015; KELLY *et al.*, 2015; LANZA *et al.*, 2014; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013; LUOMA *et al.*, 2011; ROMERO, 2015; THEKISO *et al.*, 2015; ZENG *et al.*, 2016). Além disso, o modelo de flexibilidade psicológica,

ao qual se propõe a ACT, é transdiagnóstico, o que significa que é capaz de identificar mecanismos comuns, subjacentes a uma série de dificuldades psicológicas, mostrando-se mais eficaz e eficiente para abordar o problema da comorbidade, como já mencionado, tão comum nos transtornos por uso de substâncias, cujas taxas de comorbidade são bastante altas (GRANT *et al.*, 2006), fator que condiz com os resultados das pesquisas que apontam a redução da sintomatologia das comorbidades associadas ao transtorno (KELLY *et al.*, 2015; LANZA *et al.*, 2014; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013; ROMERO, 2015; SMALLWOOD; POTTER; ROBIN, 2016; THEKISO *et al.*, 2015).

Diversos autores apontaram, ainda, para a existência de um corpo de evidências que sugerem o uso indevido de substâncias como uma forma de evitação experiencial (LUOMA *et al.*, 2011; ROMERO, 2015; THEKISO *et al.*, 2015). Em contrapartida, a ACT trabalha questões voltadas aos mecanismos de aceitação, cujo objetivo é fornecer uma mudança mais significativa, propiciando um tratamento mais eficaz às pessoas com dependência de substâncias, o que pode ser sugestivo das melhoras evidenciadas nos artigos revisados, nos quais as intervenções baseadas na ACT possibilitaram que o público alvo apresentasse no final delas, maior flexibilidade psicológica e uma perspectiva de vida mais significativa através da confiança, do respeito e do apoio, articulando suas vidas de forma mais ativa e mais consciente, com contato aberto com presente em desenvolvimento (LANZA *et al.*, 2014; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013).

Ainda que os artigos tenham apontado resultados satisfatórios em favor da ACT, foram verificadas limitações nas possibilidades de generalização dos mesmos, bem como na própria efetividade, isto porque, parte dos estudos não contou com número de participantes e tipo de amostragem representativos, o que dificulta a generalização para outros grupos, reduzindo sua validade externa (HEFFNER *et al.*, 2015; KELLY *et al.*, 2015; THURSTONE *et al.*, 2017). No tocante à validade interna, a ausência de randomização (HEFFNER *et al.*, 2015; KELLY *et al.*, 2015; THURSTONE *et al.*, 2017; ZENG *et al.*, 2016) e o número reduzido de participantes (HEFFNER *et al.*, 2015; KELLY *et al.*, 2015; LANZA; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, 2013) também se colocam como limitações no processo de diferenciação significativa entre os grupos de tratamento. A possibilidade de contaminação entre os grupos a partir do compartilhamento das experiências dos participantes que já estavam inseridos em um mesmo tratamento em saúde mental, também deve ser considerada como possível influenciadora dos resultados nos estudos com esta condição, como o de Shorey *et al.* (2017).

Outra limitação dos estudos incluídos é que 5 (38%) deles não avaliaram os resultados a longo prazo, para além do período imediatamente após a intervenção. Apesar da realização de pós-teste, nestes estudos, não foi possível observar a manutenção ou não dos benefícios a médio e longo prazo, permanecendo os efeitos nesses períodos amplamente desconhecidos (LITVIN *et al.*, 2012; MAK; LEE; LOKE, 2015; SHOREY *et al.*, 2017; SMALLWOOD; POTTER; ROBIN, 2016; THURSTONE *et al.*, 2017).

Embora a maioria dos estudos tenha adotado instrumentos validados, o que confere maior confiabilidade em termos de capacidade de reproduzir o resultado de forma consistente e de medir aquilo que se propõe a medir, foi observada carência na adoção de triangulação de métodos. A maior parte deles utilizou instrumentos padronizados para verificar aspectos relacionados ao padrão e consumo de drogas, níveis de ansiedade e depressão, aceitação e flexibilidade psicológica, no entanto, entrevistas e grupos focais, assim como outros métodos, poderiam ajudar, especialmente, na avaliação de mudanças nos indicadores de viabilidade, aceitabilidade e satisfação com a intervenção. Considera-se, ainda, a existência de medidas de auto relato, sujeitas a efeitos de demanda e expectativa dos participantes, o que também confere limitações aos resultados, como no estudo de Litvin *et al.* (2012), limitações estas, também reconhecidas pelos próprios autores.

Algumas limitações próprias do processo de revisão também devem ser apontadas neste estudo. Embora tenham sido utilizadas todas as recomendações do protocolo PRISMA, há de se considerar que outros estudos que atendam aos critérios de inclusão podem não ter sido identificados, tanto em função da estratégia de busca e dos termos utilizados, como também daqueles usados para indexar os estudos de intervenções realizados por outros autores às bases.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão sistemática fornece informações da produção científica a respeito da utilização da ACT no contexto dos transtornos por uso de substâncias, sendo observados efeitos positivos decorrentes das intervenções, entre eles, aumento da flexibilidade psicológica, melhora significativa nas questões relacionadas ao controle experiencial, atenuação das taxas de abandono do tratamento e redução do consumo de substâncias, além de melhora na qualidade de vida de pacientes com comorbidades relacionadas à dor crônica e diminuição progressiva da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Tendo em vista a existência de poucos estudos relacionados à temática, a baixa efetividade e a baixa retenção dos tratamentos usuais existentes, esses achados demonstram a necessidade da realização de mais investigações a respeito da utilização desta abordagem, esperando, dessa forma, obter subsídios que comprovem sua eficácia, bem como a viabilização de um modelo integral e eficiente que possa impactar, de maneira positiva, o tratamento para a dependência.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, A.; COSTA, E. C. V. Sono, agressividade e comportamentos de risco em indivíduos dependentes de drogas e de álcool. **Análise Psicológica**, v. 37, n. 1, p. 1-14, 2019. <https://doi.org/10/ggcrq>
- BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
- CAPISTRANO, F. C. *et al.* Consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em tratamento. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 17-26, 2018. doi:10.17765/2176-9206.2018v11n1p17-26
- COSTA, N. Terapia de Aceitação e Compromisso: É uma Proposta de Intervenção Cognitivista? **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 3, n. 2, p. 117-126, 2017. <https://doi.org/10/ggcn3n>
- COSTA, R. S.; SOARES, M. R. Z. Terapia de Aceitação e Compromisso: O Sofrimento Psicológico em Um Caso Clínico. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 17, n. 3, p. 19-27, 2015. <https://doi.org/10/ghdjkm>
- GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- GRANT, B. F. *et al.* Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Alcohol Research and Health**, v. 29, n. 2, p. 107-120, 2006.
- HAYES, S. C. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. **Behavior Therapy**, v. 47, n. 6, p. 869-885, 2016. <https://doi.org/10/f9j3cm>. (Originalmente publicado em 2004).
- HAYES, S. C. *et al.* What Is Acceptance and Commitment Therapy? *In*: HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D. (orgs.). **A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy**. Springer US, 2004. p. 3-29. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- HEFFNER, J. L. *et al.* Acceptance and commitment therapy and nicotine patch for smokers with bipolar disorder: preliminary evaluation of in-person and telephone-delivered treatment. **Bipolar Disord**, v. 17, n. 5, p. 560-566, 2015. <https://doi.org/10.1111/bdi.12300>
- JONES, H. A. *et al.* Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Smoking Cessation Treatment for Smokers With Depressive Symptoms. **Journal of Dual Diagnosis**, v. 11, n. 1, p. 56-62, 2015. <https://doi.org/10/gg3hq8>
- KELLY, M. M. *et al.* Acceptance and Commitment Therapy Smoking Cessation Treatment for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. **Journal of Dual Diagnosis**, v. 11, N. 1, p. 50-55, 2015. <https://doi.org/10/ggrs5j>

- KOLLING, N. DE M.; PETRY, M.; MELO, W. V. Other treatment approaches for crack dependence. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, 2011. <https://doi.org/10/ggcn3s>
- LANZA, P. V.; GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, A. Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. **Psicothema**, v. 25, n. 3, p. 307-312, 2013. <https://doi.org/10/ggrs5h>
- LANZA, P. V. *et al.* Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women: Drug Abuse Treatments to Incarcerated Women. **Journal of Clinical Psychology**, v. 70, n. 7, p. 644-657, 2014. doi:10.1002/jclp.22060
- LITVIN, E. B. *et al.* Responding to tobacco craving: Experimental test of acceptance versus suppression. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 26, n. 4, p. 830-837, 2012. <https://doi.org/10/f4h3jh>
- LUOMA, J. B. *et al.* Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 80, n. 1, p. 43-53, 2011. <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.
- MAK, Y. W.; LEE, P. H.; LOKE, A. Y. Predictors of participation in a telephone-based Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1288, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2650-0>
- MEDEIROS, K. T. *et al.* Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 269-279, 2013. <https://doi.org/10/ggcn3p>
- MONTEIRO, E. P. *et al.* Acceptance and commitment therapy (ACT) and stigma: a narrative review. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 25-31, 2015. doi:10.5935/1808-5687.20150004
- RAIMUNDO, M. F. R. de A. *et al.* Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.36833>
- RODRIGUES, V. S. *et al.* Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 3, p. 208-216, 2013. <https://doi.org/10/gdsknk>
- ROMERO, B. M. Tratamiento mediante ACT en un caso de conductas adictivas con sintomatología prefrontal. **Apuntes de Psicología**, v. 33, n. 3, p. 117-126, 2015
- SHOREY, R. C. *et al.* A randomized controlled trial of a mindfulness and acceptance group therapy for residential substance use patients. **Subst Use Misuse**, v. 52, n. 11, p. 1400-1410, 2017. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1284232>

SILVEIRA, P. S. *et al.* The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. *In: RONZANI, T. M. (org.). Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs.* Cham: Springer, 2018. p. 15-25.

SMALLWOOD, R. F.; POTTER, J. S.; ROBIN, D. A. Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, n. 250, p. 12-14, 2016. <https://doi.org/10/gg3hq7>

THEKISO, T. B. *et al.* Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial. **Behavior Therapy**, v. 46, n. 6, p. 717-728, 2015. <https://doi.org/10/f7x8wq>

THURSTONE, C. *et al.* Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment. **Journal of Contextual Behavioral Science**, v. 6, n. 4, p. 375-379, 2017. <https://doi.org/10/gczdv8>

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas.** 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2019/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

WHO ASSIST WORKING GROUP. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, v. 97, n. 9, p. 1183-1194, 2002.

WILSON, K. G. *et al.* Entendendo a terapia de aceitação e compromisso em contexto: A história das similaridades e diferenças com outras terapias cognitivo comportamentais. *In: HERBERT, J.; FORMAN, E. (eds.). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy.* Hoboken: Wiley, 2010.

WILSON, K. G. *et al.* Treating substance abuse with Acceptance and Commitment Therapy. *In: HAYES, S.C.; LEVIN, M. (eds.). Acceptance, mindfulness, values, and addictive behaviors: Counseling with contemporary Cognitive Behavioral Therapies.* Oakland, CA: New Harbinger, 2012.

ZENG, E. Y. *et al.* Get with the program: Adherence to a smartphone app for smoking cessation. **Addictive Behaviors**, v. 63, p. 120-124, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.07.007>

3 ESTUDO II - ESTIGMA INTERNALIZADO EM USUÁRIOS DE DROGAS: AVALIAÇÃO DE PROCESSO DE UMA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE ESTIGMA INTERNALIZADO BASEADA DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

RESUMO

O transtorno por uso de substâncias é uma das condições de saúde mais estigmatizadas no mundo. Uma das principais consequências da estigmatização é o processo de internalização do estigma que, entre outras consequências, se apresenta como uma barreira para o tratamento. Entre as estratégias utilizadas para a redução do estigma internalizado, a Terapia de Aceitação e Compromisso vem sendo apontada como eficaz para as pessoas com dependência de drogas. Neste sentido, este estudo teve como principal objetivo avaliar o processo da aplicação de um protocolo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, para a redução do estigma internalizado de usuários de álcool e outras drogas que já se encontram em tratamento para a dependência de substâncias. Para tanto, foi formado um grupo com nove participantes, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, com o qual foram conduzidas as sessões do protocolo. Os resultados apontaram para um alto grau de fidelidade ao protocolo original, com a manutenção dos componentes chaves de cada sessão, além da redução do índice de estigma internalizado nesses usuários e aumento da flexibilidade psicológica, embora as taxas não tenham sido estatisticamente significativa.

Palavras-chave: Estigma internalizado. Terapia de Aceitação e Compromisso. Avaliação de protocolo. Flexibilidade psicológica.

ABSTRACT

Substance use disorder is one of the most stigmatized health conditions in the world. One of the main consequences of stigmatization is the process of internalizing stigma, which, among other consequences, presents itself as a barrier to treatment. Among the strategies used to reduce internalized stigma, Acceptance and Commitment Therapy has been identified as effective for people with drug addiction. In this sense, this study aimed to evaluate the process of applying a protocol based on Acceptance and Commitment Therapy, translated and adapted to the Brazilian context, to reduce the internalized stigma of users of alcohol and other drugs that are already found under treatment for substance dependence. For this purpose, a group was formed with nine participants, users of a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs, with which the protocol sessions were conducted. The results pointed to a high degree of fidelity to the original protocol, with the maintenance of the key components of each session, in addition to the reduction of the internalized stigma index in these users and an increase in psychological flexibility, although the rates were not statistically significant.

Keywords: Internalized stigma. Acceptance and Commitment Therapy. Protocol evaluation. Psychological flexibility.

3.1 INTRODUÇÃO

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma abordagem psicológica advinda da terceira onda das Terapias Cognitivo-Comportamentais, cuja associação dos mecanismos de aceitação e atenção a processos de compromisso e mudança de comportamento buscam a criação de maior flexibilidade psicológica (HAYES; PISTORELLO; BIGLAN, 2008).

A flexibilidade psicológica, conceito central da ACT, pode ser descrita como a disposição em aceitar todos os aspectos da experiência sem envolver-se em comportamentos de evitação desnecessários (COSTA, 2017; HAYES *et al.*, 2004; WILSON *et al.*, 2012), um modo de vida caracterizado pela abertura, consciência e engajamento (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2011), que possibilita a persistência ou alteração da busca de valores e objetivos pessoais conforme o contexto (MONTEIRO *et al.*, 2015). Isso acontece através de seis processos funcionais, quais sejam, a aceitação, a desfusão, consciência do momento presente, self como contexto, vida baseada em valores e ações comprometidas (HAYES *et al.*, 2004), sendo estes os processos de intervenção central da ACT, cuja combinação almeja a habilidade de um indivíduo consciente em experienciar por completo os resultados emocionais e cognitivos, decidindo, também de maneira consciente, pela manutenção ou mudança de um comportamento em prol de valores escolhidos (HAYES; PISTORELLO; BIGLAN, 2008).

O modelo da flexibilidade psicológica é considerado transdiagnóstico, capaz de identificar mecanismos comuns subjacentes a uma série de dificuldades psicológicas, distanciando-se da classificação sindrômica atualmente predominante, mostrando-se vantajoso e mais eficaz, tanto para o diagnóstico, como para o tratamento, principalmente quando se trata de problemas que envolvam comorbidades (WILSON *et al.*, 2012). Neste sentido, os modelos transdiagnósticos, como a ACT, estão se tornando cada vez mais comuns nos tratamentos de abordagem cognitivo-comportamental, sendo alvos de estudos empíricos em diversos transtornos e apontados, em sua maioria, como eficientes em tais tratamentos.

No que diz respeito ao transtorno por uso de substâncias, considerado um grave problema de saúde pública (CAPISTRANO *et al.*, 2018; MACHADO; MIRANDA, 2007; RAIMUNDO *et al.*, 2016), as taxas de comorbidades apresentam-se bastante elevadas, chamando a atenção principalmente para os transtornos de ansiedade e transtornos de humor (GRANT *et al.*, 2006). Não obstante, a dependência é ainda uma das condições de saúde mais estigmatizadas, o que também interfere de maneira negativa na evolução do transtorno. A estigmatização associada ao uso de drogas exerce consequências ainda mais graves ao

transtorno e pode ser uma barreira aos cuidados em saúde e (ROOM, 2005; RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2018; UÇOK, 2008), seja a partir de práticas que restringem o direito à liberdade, como o confinamento e o encarceramento (HATZENBUEHLER; PHELAN; LINK, 2013), seja em função do processo de internalização do estigma, que se apresenta como uma barreira para perseguir os principais objetivos de vida, como a procura por tratamento neste caso que envolve uma condição de saúde (CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006; LUOMA *et al.*, 2008).

O estigma internalizado diz respeito à consciência e concordância do indivíduo estigmatizado com os estereótipos a ele atribuídos e contribui de maneira significativa para a diminuição dos sentidos de autoestima e autoeficácia, aumento dos sentimentos de desesperança, auto reprovação, angústia e, ainda, para a depressão (HASSON-OHAYON *et al.*, 2011; LIVINGSTON; BOYD, 2010; SCHOMERUS *et al.*, 2011).

Dessa forma, observa-se, para além das comorbidades comumente já relacionadas ao transtorno por uso de substâncias, forte impacto do processo de internalização do estigma, o que faz do tratamento e da recuperação, processos ainda mais desafiadores, tornando-se evidente a necessidade de estudo de novas formas de abordagem que contemplem não só o uso de substâncias, mas também todo o universo de comorbidades e fatores associados à prática do uso e ao agravamento do transtorno.

Neste sentido, a ACT tem apresentado resultados satisfatórios para a redução da gravidade da dependência, prevenção de recaídas, aumento da motivação, redução da vergonha, diminuição das taxas de abandono do tratamento, redução dos sintomas comórbidos, aumento da flexibilidade psicológica e redução do estigma internalizado, entre outros (LANZA *et al.*, 2014; LITVIN *et al.*, 2012; LIVINGSTON *et al.*, 2011; LUOMA *et al.*, 2008; ROMERO, 2015; SMALLWOOD; POTTER; ROBIN, 2016; THURSTONE *et al.*, 2017).

Observando tais resultados, este estudo teve por objetivo avaliar o processo da aplicação de um protocolo baseado em ACT, traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, para a redução do estigma internalizado de usuários de álcool e outras drogas que já se encontram em tratamento para a dependência de substâncias e, de maneira complementar, as mudanças em relação ao estigma internalizado, gravidade da dependência e flexibilidade psicológica.

3.2 MÉTODO

Esta pesquisa está vinculada a um projeto de desenvolvimento e avaliação de inovações voltadas para o tratamento e melhoria da qualidade da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O presente protocolo, desenvolvido originalmente por Luoma *et al.* (2008), foi traduzido e adaptado para usuários de álcool e outras drogas inseridos em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPSad por Silveira e colaboradores (no prelo), visando à melhoria na adesão ao tratamento e a redução do estigma internalizado.

3.2.1 Participantes

Foram recrutados para participar do presente estudo, usuários de uma instituição de tratamento para dependência de álcool e outras drogas, para receberem a intervenção de redução de estigma internalizado baseada em ACT em grupo com até 10 participantes.

Foram elegíveis para o estudo os indivíduos que preencheram os seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos; buscaram tratamento para a dependência no CAPSad; consentiram em participar da intervenção; disponibilidade de 2 horas semanais para participar do grupo; mínimo de um mês e máximo um de dois anos de tratamento no referido serviço.

Os participantes não foram diferenciados quanto à substância utilizada, uma vez que, em estudo anterior, observou-se que o tipo de substância não está associado ao estigma internalizado (SILVEIRA *et al.*, 2013).

3.2.2 Instrumentos utilizados

Questionário Sociodemográfico: utilizado para a caracterização dos participantes da pesquisa através das variáveis: idade, sexo, estado civil, status profissional, anos de educação, número de tratamentos anteriores associados à dependência, motivação para o tratamento e uso de drogas.

Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI-BR): instrumento composto por 29 itens, numa escala Likert de 4 pontos que varia de discordo totalmente até concordo totalmente, com escores finais localizados entre a pontuação mínima de 29 até a máxima de 116 pontos. A escala foi traduzida e adaptada para dependentes de substâncias, apresentando boas propriedades psicométricas, com a confiabilidade do instrumento

classificada em moderada a elevada, apresentando um alpha de Cronbach do escore total (29 itens) de 0,83 e o Coeficiente Spearman-Brown de 0,76 (SOARES *et al.*, 2015).

Escala de Severidade da Dependência de Drogas (SDS): utilizado para mensurar o nível da gravidade da dependência de alguns tipos de drogas. Cada item possui um escore de respostas de quatro pontos, compostos por (1) Nunca/Quase nunca; (2) Algumas vezes; (3) Frequentemente; (4) Sempre/Quase sempre. A pontuação total é obtida por meio da soma dos 5 itens, os quais mensuram os sintomas da dependência nos últimos 12 meses para cada tipo de droga. Para sua interpretação tem-se que quanto maior a pontuação, maior o nível da gravidade da dependência (FERRI *et al.*, 2000).

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) - Versão Brasileira: o instrumento tem como objetivo identificar a flexibilidade psicológica pautada em valores, sendo um instrumento constituído de 7 itens, numa escala Likert de sete pontos variando de “Nunca” a “Sempre” e os escores finais variam entre 7 e 49. O instrumento original avalia a inflexibilidade psicológica, mas nesta versão as respostas foram invertidas, sendo que, quanto maior o escore maior a indicação da existência de flexibilidade psicológica. Apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, com alpha de Cronbach do escore total (7 itens) de 0,87 e o desvio-padrão da escala de 8,62, sendo seu uso adequado para pesquisas sobre mudança de comportamento e para mecanismos de mudança terapêutica (BARBOSA; MURTA, 2015).

Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP): instrumento de auto relato constituído de duas partes, a primeira por um único item, cujo objetivo é posicionar o paciente em relação à mudança, em uma escala Likert de 11 pontos que varia de “Sinto que nada mudou ainda” a “Sinto que tudo já mudou”. A segunda é constituída de 9 itens, numa escala Likert de cinco pontos variando de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente” (OLIVEIRA; RIBEIRO; GONÇALVES, 2017).

Roteiro de Observação: roteiro pré-estabelecido para registro do número de participantes, caracterização do ambiente, duração total da sessão e de cada atividade proposta, cumprimento adequado das atividades, presença e correta descrição dos componentes chave de cada sessão, das falas dos participantes e observações gerais.

3.2.3 Procedimentos

Após o consentimento da participação na pesquisa-intervenção e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi formado um grupo com 9 participantes para o

início da intervenção. Os encontros aconteceram ao longo de 8 semanas, sendo que no primeiro foi realizada uma sensibilização, apresentando a dinâmica do protocolo, esclarecimento dos objetivos do grupo, a importância do comprometimento de cada um dos participantes, bem como o caráter sigiloso e confidencial das questões abordadas em cada sessão. Nesse momento foram também aplicados os questionários por entrevistadores treinados para garantir os cuidados de abordagem, o que aconteceu também no último encontro.

Todos os participantes continuaram recebendo o tratamento convencional disponibilizado pelo serviço, incluindo consultas com psiquiatra, terapia medicamentosa, bem como acompanhamento psicológico (individual ou em grupo) e do serviço social, além da intervenção baseada em ACT (ANEXO III), incluindo 6 sessões em grupo com duração de, aproximadamente, uma hora e meia, e com intervalo de uma semana de uma para outra, conduzidas por uma dupla de terapeutas treinada para a técnica e três observadoras que, conforme roteiro de observação previamente elaborado, faziam os registros pertinentes. Cada um desses encontros seguiu em conformidade com os objetivos descritos a seguir e apresentados na Figura 2.

Primeira sessão: estabelecer um bom ambiente de trabalho, levantar as expectativas, estabelecer as principais intenções de cada participante e introduzir o conceito de estigma social e estigma internalizado.

Segunda sessão: ensinar o modelo de psicopatologia da ACT e explicar sobre o controle como problema, o componente chave desta sessão.

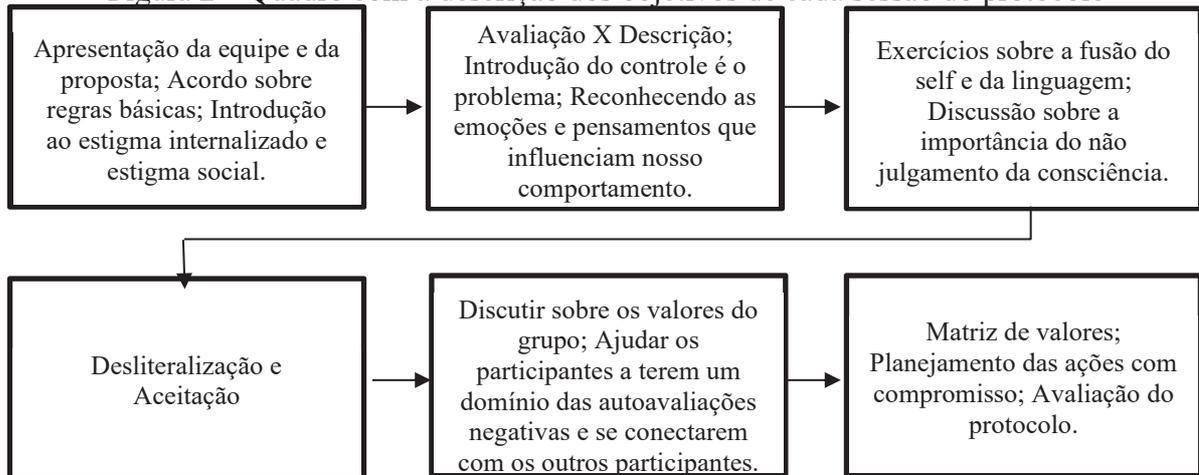
Terceira sessão: exercícios sobre a fusão do self e da linguagem e o julgamento da consciência.

Quarta sessão: introduzir a aceitação como alternativa ao controle, a deslitteralização e a defusão.

Quinta sessão: discutir sobre os valores do grupo, ajudar os participantes a terem um domínio das autoavaliações negativas e se conectarem com os outros participantes.

Sexta sessão: trabalhar a ação comprometida com os valores, dando aos participantes uma oportunidade de reconhecer a sua evitação no passado, identificar os objetivos e intenções e fazer um compromisso público com uma nova direção; feedback dos participantes.

Figura 2 – Quadro com a descrição dos objetivos de cada sessão do protocolo



Fonte: Autoria própria.

Para fundamentar a avaliação do processo de intervenção como um todo, os registros de observação foram fundamentais à medida que possibilitaram verificar a compreensão dos participantes a respeito de cada atividade e de cada componente chave, o nível de envolvimento de cada um deles, a clareza da explicação de cada conceito e exercício por parte das pesquisadoras e, ainda, manter um registro das respostas dos participantes durante as atividades para posterior análise da coerência com os objetivos propostos.

3.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentalmente de base qualitativa, apoiada na Teoria Fundamentada, utilizada para identificar os principais temas das experiências individuais e do grupo com o programa de intervenção a partir do roteiro de observação e dos registros das falas dos participantes ao longo da intervenção. A Teoria Fundamentada diz respeito ao modo de construir indutivamente uma teoria assentada nos dados, através da análise qualitativa dos mesmos. Tem como objetivo gerar construtos teóricos partindo de uma série de hipóteses, combinando abordagens indutivas e dedutivas, podendo explicar o fenômeno estudado ou acrescentar novos conhecimentos à área (GLASER; STRAUSS, 1967).

O nível de internalização do estigma, a gravidade da dependência, a flexibilidade psicológica e a motivação dos participantes serão avaliados como forma de complementar os dados sobre o alcance dos objetivos previstos com a intervenção.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Petrópolis (CEP/UCP), parecer nº 3.282.397, tendo sido aprovado em 24/04/2019. Antes de se iniciar a aplicação dos instrumentos, os participantes foram informados brevemente do que se trata a pesquisa e sua importância. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) já informados sobre os riscos mínimos oferecidos pela pesquisa, que ela é voluntária e que a não aceitação em participar não acarretará em nenhuma consequência negativa em seu trabalho, sendo o sigilo ético e profissional mantidos em todo o momento pelo pesquisador. A realização das entrevistas e dos grupos foi efetuada conforme as possibilidades de horário dos participantes. Os resultados serão divulgados em meios públicos, com honestidade científica e mantendo o nome dos participantes em anonimato, sendo realizado o retorno dos resultados para os pacientes e equipe do serviço de saúde.

3.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram divididos em duas partes. A primeira delas se refere à caracterização dos usuários participantes da pesquisa e aos resultados dos instrumentos aplicados. Já os resultados da segunda parte são referentes à análise do roteiro de observação que traz informações sobre a fidelidade do protocolo ao modelo original e a presença dos componentes chaves da intervenção, assim como do envolvimento e entendimento dos participantes em cada uma das sessões.

3.4.1 Caracterização da amostra e avaliação dos instrumentos

Participaram do estudo 09 usuários de um CAPSad, duas mulheres e sete homens, com idade entre 31 e 58 anos, a maioria tendo completado apenas o ensino fundamental e fora do mercado de trabalho atualmente. A idade mais precoce relatada para o início do uso de substâncias foi 12 anos. Todos possuem ou já possuíram alguma comorbidade em saúde e apenas dois não fizeram uso regular de medicação. A maioria já passou por período de internação e esta não é a primeira vez que dão entrada em algum serviço para tratamento da dependência. Os principais motivos que resultaram na busca por tratamento foram a influência

da família e a motivação própria, seguido por uma parcela pequena de influência de amigos e pelo trabalho. Em relação à motivação para o tratamento, três pessoas se consideraram extremamente motivadas, duas consideravelmente, três moderadamente e uma levemente, numa escala que varia de nada a extremamente motivado (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição das características da população estudada (N=9)*

Características	Média (DP) OU % (n)
Sexo	
Masculino	77,8% (7)
Feminino	22,2% (2)
Estado Civil	
Solteiro (a)	44,4% (4)
Casado (a) / Vive com companheiro (a)	11,1% (1)
Divorciado (a)	33,3% (3)
Viúvo	11,1% (1)
Idade (anos)	44 (8,72)
Escolaridade	
Não alfabetizado	0,00% (0)
De 1º a 4º Série	33,3% (3)
De 5º a 8º Série	33,3% (3)
Ensino Médio	22,2% (2)
Ensino Superior	11,1% (1)
Idade que fez o uso de substâncias pela primeira vez?	15 (1)
Qual substância considera ser um problema para você?	
Álcool	77,8% (7)
Cocaína	11,1% (1)
Nenhuma	11,1% (1)
Qual o principal motivo que o levou a buscar tratamento para a dependência de drogas?	
Família ou cônjuge	55,6% (5)
Você mesmo	55,6% (5)
Amigos	11,1% (1)
Primeira vez que você dá entrada em algum serviço para o tratamento da dependência de álcool e drogas?	
Sim	44,4% (4)
Não	55,6% (5)
Alguma dessas outras vezes você permaneceu internado?	
Sim	66,7 % (6)
Não	11,1% (1)
Não respondeu	22,2% (2)
O quanto você se sente motivado para o tratamento da dependência?	
Nada	0,00% (0)
Levemente	11,1% (1)
Moderadamente	33,3% (3)
Consideravelmente	22,2% (2)
Extremamente	33,3% (3)
O quanto você acredita que o tratamento pode te ajudar?	
Nada	0,00% (0)
Levemente	0,00% (0)
Moderadamente	11,1% (1)
Consideravelmente	22,2% (2)

Extremamente	66,7 % (6)
--------------	------------

*Para algumas variáveis, o percentual está baseado em um N menor devido ao *missing* dos dados.
Fonte: A autoria própria.

Ressalta-se que, dos nove participantes iniciais, somente cinco chegaram ao final do programa de intervenção e responderam aos instrumentos de pós-teste. Destes, apenas um esteve presente em todos os encontros, três faltaram um encontro e um participante esteve presente em apenas 3 sessões de aplicação do protocolo, nas duas primeiras e na última.

Relacionando o índice de participação destes usuários com suas motivações e nível de ambivalência quanto ao tratamento, aquele que participou de todos os encontros (ID03) se manifestou como consideravelmente motivado para o tratamento e apresentou as menores taxas de ambivalência, tanto no pré como no pós-teste, somando a pontuação mínima de 9 pontos no QAP, o que significa baixo nível de ambivalência e, ainda, a menor entre os demais participantes. Daqueles que faltaram um encontro, dois (ID09 e ID11) apresentaram nível de ambivalência moderado no pré-teste, 22 e 24 pontos, o primeiro diminuindo um ponto na escala no pós-teste e o segundo com o aumento de 4 pontos no escore total, passando para 21 e 28 pontos, respectivamente. O terceiro participante que também não esteve presente em um dos encontros (ID05), apresentou, inicialmente, baixo nível de ambivalência (16 pontos) mas com um salto para 36 pontos no final da intervenção, resultado que destoou da curva dos demais participantes. Aquele que faltou três encontros (ID01) apresentou 29 pontos na escala no pré teste, com um salto de 5 pontos para o pós-teste. Já aqueles que abandonaram o tratamento (ID06, ID10 e ID12) e não chegaram ao final das sessões, apresentaram altos níveis de ambivalência no pré-teste, com escores totais de 34, 33 e 39 pontos (Tabela 4).

Dessa forma, não foram verificadas mudanças significativas em relação ao nível de ambivalência dos participantes entre o pré e o pós-teste, com exceção do ID05 que apresentou aumento de 20 pontos de um para o outro. A ambivalência é um fenômeno natural que compõe o processo de mudança em psicoterapia e, segundo alguns estudos, encontra-se inversamente relacionada ao sucesso no processo terapêutico, ou seja, quanto maiores os níveis de ambivalência, menor o sucesso no tratamento em termos de comportamentos de mudança, continuidade, entre outros (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Portanto, isso implica em dizer que a taxa de abandono do tratamento possivelmente está relacionada aos altos índices de ambivalência desses participantes antes do início da intervenção.

Em relação à internalização do estigma, foi observado que todos os participantes apresentavam altos índices de internalização, sendo a média dos participantes iniciais de 79,1,

variando de 75 a 99 pontos na escala. Entre aqueles que chegaram ao final da aplicação do protocolo, a média foi de 82,6 no pré-teste diminuindo para 78,8 no pós-teste. Cabe destacar que o participante (ID03) que esteve presente em todas as sessões apresentou uma redução de 6 pontos na escala. (Tabela 4).

A flexibilidade psicológica, que diz respeito ao conjunto de habilidades que permite a pessoa a lidar da melhor maneira possível com seu contexto e suas questões individuais, medida nesta pesquisa através do instrumento AAQII, mostrou um discreto aumento na média dos participantes, passando de 27,8 para 31,2 no pós-teste, sendo a maior variância o aumento de 8 pontos na escala de um dos participantes (ID 11). (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados do pré-teste e pós-teste dos instrumentos utilizados

Participantes	Instrumentos					
	ISMI		QAP		AAQII	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
ID01	99	94	29	34	14	20
ID02	44	---	15	---	23	---
ID03	79	73	9	10	49	49
ID05	79	81	16	36	30	27
ID06	82	---	34	---	16	---
ID09	75	72	22	21	33	39
ID10	80	---	33	---	---	---
ID11	81	74	24	28	13	21
ID12	93	---	39	---	16	---

Fonte: A autoria própria.

No que diz respeito à severidade da dependência, não foram observadas mudanças significativas nos resultados dos participantes após o término das sessões do protocolo. Os resultados podem ser relacionados aos dados apurados no questionário sociodemográfico que ressaltam que a maioria dos participantes é usuária de múltiplas drogas, com início precoce de uso, já tendo dado entrada em outros serviços antes do tratamento atual, tendo permanecido internada em outros momentos e até mesmo morado na rua e função do quadro de dependência, o que evidencia a gravidade do uso de substâncias pelos participantes.

3.4.2 Análise dos roteiros de observação

Primeira sessão: A primeira sessão, destinada às apresentações, levantamento de expectativas e apresentação dos conceitos de estigma e estigma internalizado teve duração de 1 hora e 12 minutos e aconteceu com nove participantes.

Nos momentos iniciais do grupo, logo após a apresentação de cada uma das pesquisadoras, foi observado que os participantes fizeram suas apresentações voltadas para o uso de substâncias, cada um dizendo o seu nome seguido da expressão “*sou alcoólatra*” ou fazendo menção ao tipo de droga de escolha, sem incluir outros aspectos que poderiam ser considerados relevantes em uma apresentação, como idade, escolaridade, se possuem filhos ou quaisquer outras características, denotando o uso de substâncias não só como uma característica, mas ainda como se fosse a única ou a mais relevante de cada um, o que demonstra uma relação de associação do uso de substâncias à identidade pessoal, sugerindo a fusão deste comportamento com o self e, logo, a existência do processo de internalização do estigma, quando a pessoa aplica nela mesma os rótulos que lhes são atribuídos pela sociedade, imprimindo consequências diretas no seu comportamento, como observado na frase de um dos participantes a seguir:

Às vezes busco me isolar, sinto vergonha e impotência.

Ainda nas apresentações foi possível também identificar a existência de alguns objetivos orientados por valores que apontavam para a vontade de interromper ou reduzir o consumo de substâncias, tais como o desejo de voltar a conviver com os filhos, voltar a trabalhar e ter melhor qualidade de vida.

Quero ter meu filho de volta, foi deixado com meu ex-marido por causa do meu uso abusivo de substâncias.

Quero voltar a trabalhar e ter ferramentas para conquistar melhor qualidade de vida.

Surgiu ainda o apontamento de algumas formas de enfrentamento ao uso abusivo de substâncias, como a prática da espiritualidade, citada como um instrumento de força para a superação das dificuldades.

Se não fosse Deus, eu não conseguiria.

Em relação ao entendimento do estigma social, após a apresentação do assunto pela pesquisadora, os participantes tiveram espaço para manifestar seus próprios entendimentos e a

maioria se referiu ao estigma como sendo *um rótulo permanente, que se vai carregar para a vida toda*, relacionando-o a falas e atitudes preconceituosas de outras pessoas, conforme a própria definição de estigma de Schilling e Miyashiro (2008) como uma marca que caracteriza negativamente o indivíduo como desmoralizado e como alguém que deveria ser isolado do convívio em sociedade.

Somos marginalizados.

A gente observa as pessoas saindo de perto, puxando as crianças.

As mães já não querem mais que seus filhos andem com você.

As pessoas que frequentam o CAPS são mal vistas como vagabundos, que ficam à toa, sem fazer nada (...) isso nos prejudica.

E, mais uma vez, destaque para a ideia de permanência dessa condição:

Uma ferida pode ser curada, mas isso que passamos é para a vida toda.

O estigma social evidencia um sinal desonroso em determinados indivíduos ou grupos sociais, sendo um influente símbolo de controle social no sentido de desumanização de indivíduos que possuem traços socialmente desvalorizados (RONZANI; FURTADO, 2010; SCHILLING; MIYASHIRO, 2008) e, quando relacionado aos usuários de drogas, liga-se especialmente à ideia de criminalidade, tornando evidente a marginalização dessas pessoas enquanto cidadãs, muitas vezes sendo taxadas, de maneira preconceituosa, com rótulos de sentidos pejorativos, que as reduzem a pessoas diminuídas (BARD *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Consoante a isso, diversas palavras e expressões de cunho negativo foram apontadas pelos participantes sobre os estereótipos comuns que acreditam que as pessoas atribuem aos usuários de drogas, entre elas: *bebum, cracudo, xinxeiro, maconheiro, drogado, sujo, agressivo, auto destrutivo, não honrar com compromissos, irresponsável, sem caráter, ladrão, vagabundo, sem vergonha, briteiro, marginal, mau elemento, faz programa e cachaceiro*, com menção, ainda, aos estereótipos atribuídos por eles mesmos aos colegas, de acordo com o tipo de droga utilizada.

Antes que fosse introduzida a discussão sobre a internalização do estigma, o discurso de um participante sinalizou a ocorrência desse processo através da manifestação da concordância e atribuição a ele mesmo de um rótulo que lhe era atribuído por outras pessoas, como já observado no momento das apresentações:

De tanto falarem que eu era drogado, meu mundo ficou dentro da droga (...) sou um drogado mesmo.

Sem saber da definição de estigma internalizado, o participante demonstrou, de maneira clara, como acontece esse processo que pode trazer consequências mais graves que as do próprio transtorno por uso de substâncias, uma vez que a internalização do estigma se apresenta, muitas vezes, como uma barreira para o enfrentamento do transtorno e das situações cotidianas, interferindo diretamente nas condições psicológicas dos indivíduos e, conseqüentemente, no agravamento do transtorno (CORRIGAN; WATSON; BARR, 2006; LUOMA *et al.*, 2008). Neste sentido, dando continuidade ao protocolo, foi introduzido o conceito e, em seguida, perguntado aos participantes se eles concordavam com algum daqueles estereótipos falados por eles mesmos, já mencionados anteriormente. Todos apontaram pelo menos um no qual se reconhecia, sendo marcadas as palavras *irresponsável, sem caráter, não honrar compromissos, vagabundo, sem vergonha, biriteiro, cracudo, maconheiro e drogado*, o que, mais uma vez, evidenciou o processo de internalização do estigma presente em todos os participantes do grupo, assim como a identificação de prejuízos na vida de alguns.

Deixei de frequentar um programa de violência doméstica pois sentia vergonha do que as pessoas pensavam de mim, pelo meu uso de drogas.

Sou uma pessoa frustrada e agressiva por ter consciência de tudo isso - apontando para os cartazes onde estavam escritos os estereótipos.

Todos têm problemas, independente da posição, mas os meus ficam mais evidentes.

Sou autodestrutiva, faço automutilação.

Tenho ansiedade crônica por tudo isso.

Diversos estudos sobre o estigma internalizado têm apontado para estas consequências, como o isolamento social, a hesitação na busca de tratamento adequado para a condição de saúde, diminuição dos sentidos de autoeficácia e autoconfiança (FELICISSIMO *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2015), conforme o observado nas falas dos participantes.

Ao final do encontro, quando a pesquisadora apontou para o fato de não ser possível mudar o estigma social, mas para a possibilidade de mudar a visão sobre si mesmos, apareceram falas de esperança e apontamentos de reflexão na tentativa de se desvincularem do estigma:

Entender isso ajuda pra caramba (...) faz com que eu olhe para mim de forma mais atenciosa.

Posso me desvincular do estigma a partir do momento que faço novos laços, novas descobertas.

As estratégias de enfrentamento ao estigma podem se relacionar tanto ao problema vivenciado, no sentido de um esforço em tentar modificar a situação vivenciada, como à emoção, através da regulação do estado emocional (SUIT; PEREIRA, 2008), ambas direcionadas a mudanças de atitudes, conforme objetivos e valores, como previsto na ACT. As estratégias de contato, educação e protesto vêm sendo apontadas como principais neste sentido, onde o contato diz respeito ao contato interpessoal positivo com grupos estigmatizados de maneira a reduzir o desejo de distanciamento social, a educação busca desmistificar informações socialmente compartilhadas e, por fim, o protesto, que visa reduzir a estigmatização através da organização de grupos de defesa e adoção de medidas judiciais (TOSTES *et al.*, 2020).

Em relação ao andamento da sessão, todas as pesquisadoras observadoras concordaram que os objetivos da foram cumpridos de maneira adequada, apesar das atividades terem tido uma duração menor que a prevista. Os conceitos de estigma social e estigma internalizado foram bem explanados, com respostas coerentes dos participantes quanto ao entendimento de tais fenômenos, com destaque para a fala de um dos participantes, demonstrando boa compreensão sobre a diferença dos dois conceitos:

Estigma social é como você é apontado, como te caracterizam, e estigma internalizado é como você mesmo se rotula, não é o que você é de verdade, mas acredita ser.

Segunda Sessão: A segunda sessão seguiu os objetivos estabelecidos no protocolo, partindo do ensinamento do modelo da psicopatologia da ACT até a introdução do conceito do controle como problema, acontecendo dentro do período de 1 hora e 50 minutos com a presença de 8 participantes.

Nas primeiras atividades propostas, que dizem respeito ao modelo de psicopatologia da ACT, houve destaque para a onipresença da mente e de seus constantes julgamentos, previsões e avaliações, a partir do reconhecimento das emoções e das maneiras de lidar com elas, partindo do exercício de lembrar o que aprenderam sobre as emoções ao longo da vida, desde a infância, partindo para a identificação de eventos privados entendendo-os como reações emocionais que surgem e passam e não como algo inerente ao indivíduo para, finalmente, diferenciar descrições de julgamentos ou avaliações.

A maioria dos participantes se referiu a modelos parentais cuja forma de lidar com as emoções consideradas “indesejáveis”, como tristeza e raiva, se dava através de brigas e discussões acirradas e, quando estas emoções eram manifestada por eles próprios, os pais prontamente as reprimiam, muitas vezes através de castigos e punições ou de falas pejorativas.

Minha família não me permitia ficar triste ou chorar. Se eu chorasse, eu era chamado de mariquinha, menininha, não é homem não.

Apenas um afirmou que podia manifestar livremente qualquer tipo de emoção, sem ser punido por isso.

Eu podia manifestar tudo, raiva, amor...

A maneira como a maior parte dos participantes diz lidar atualmente com suas emoções, condiz com forma através da qual os pais lidavam com suas próprias emoções e com a expressão emocional dos filhos quando mais jovens, conforme observado em suas repostas:

Muitas vezes escondo o que eu sinto.

Eu explodo logo.

Para além da identificação sobre como lidam com suas emoções, os participantes conseguiram perceber como os julgamentos se fazem presentes, quase que de maneira constante, a partir das interpretações e reações emocionais sobre as questões de vida cotidiana, percebendo a necessidade e a importância de afastá-los. Tal entendimento foi possibilitado através de um exercício de descrição de uma caixa de bombom, no qual foram evidenciados os julgamentos em detrimento de uma descrição pura e simples daquele objeto. Com a dinâmica, conseguiram entender a diferença entre descrição e avaliação, e perceber o quanto os julgamentos estão presentes em suas vidas.

Além do modelo da psicopatologia da ACT, foi introduzido nesta sessão um dos componentes chaves do protocolo, o “controle como problema”, com o objetivo de demonstrar que a tentativa de controle sobre os eventos privados, como sentimentos e pensamentos, com o tempo, torna-se ineficaz, demandando uma necessidade de controle cada vez maior, que não é contemplada. Apenas um participante relatou o problema no qual pensou, chegando à conclusão de que nenhuma das estratégias que utilizou foi suficiente para resolvê-lo e que muitas vezes tentou estar no controle da situação. Como proposta de vivência da constatação da ineficácia do controle, foi apresentada a metáfora “Homem no buraco”, porém foi observado que alguns participantes tiveram dificuldade para entendê-la, sendo necessário a pesquisadora despende um tempo maior na explicação no intuito de que ela fosse realmente compreendida.

Como fechamento da sessão, foi passada uma tarefa de casa para que os participantes pudessem observar o funcionamento de suas mentes, especialmente o que fazem quando seus pensamentos e sentimentos difíceis aparecem.

Conforme os registros do roteiro de observação, todas as atividades foram trabalhadas de maneira adequada e contaram com o envolvimento dos participantes, embora tenham apresentado dificuldade de compreensão da metáfora. Este encontro também teve interferência externa com a entrada de algumas pessoas na sala, dispersando a atenção dos participantes.

Terceira sessão: O encontro teve como objetivos ensinar sobre a fusão do self e da linguagem, retomar a ideia do julgamento da consciência e do controle como problema. Teve início com a retomada da tarefa de casa, sendo trabalhada em seguida a metáfora “Passageiros no ônibus” e, por fim, um exercício de *mindfulness*.

Durante todo o encontro esteve exposta em um cartaz a frase "Há um campo além do pensamento certo e errado. Eu te encontro lá.", sendo trabalhada somente no final do mesmo. Apenas 4 participantes estiveram presentes e a sessão teve a duração de 1 hora e 7 minutos, o que pode ser explicado tanto pelo número reduzido de participantes, como pela existência de um número menor de atividades nesta sessão, o que sugere que o tempo possa ser ajustado e até mesmo que novas atividades possam ser incluídas.

Na retomada da tarefa de casa, apenas uma participante levou as anotações que fizera, mas todos os presentes falaram sobre como percebem o fluxo dos pensamentos negativos, em unanimidade, com o movimento de tentar substituí-los por pensamentos positivos e desviar o foco, como se tivessem a necessidade de fugir desse conteúdo que gera incômodo.

Quando um pensamento negativo vem, coloco um pensamento positivo sobre esse.

Dessa maneira, a partir da fala dos próprios participantes, foi possível discorrer sobre a tendência natural de se observar um conteúdo doloroso, identificá-lo como perigoso e então afastá-lo ou evitá-lo, mas, ao mesmo tempo, sobre como esse exercício pode ser dispendioso e doloroso, sem resultados eficazes. Tal constatação endossa os objetivos da ACT, especialmente no que diz respeito à aceitação dos pensamentos e sentimentos adversos, como alternativa à esta prática de evitação (MONTEIRO *et al.*, 2015).

Em seguida foi apresentada a metáfora "Passageiros no ônibus", cujo objetivo era retomar o conteúdo do controle como problema a partir da identificação dos passageiros indesejáveis - pensamentos e emoções - e da construção de uma nova relação com os mesmos, sem necessariamente, precisar mantê-los fora do ônibus ou sob controle a qualquer custo, mas apenas conviver com todos eles e seguir em frente. Foi observado que todos permaneceram atentos à metáfora, porém, na discussão, demonstraram confusão na distinção entre pensamentos e comportamentos, sendo necessária a realização de nova explicação da pesquisadora. Após isto, os participantes manifestaram melhor compreensão e citaram exemplos de diversas coisas que já deixaram de fazer em função desses "passageiros".

Por causa dos meus pensamentos, já deixei de ir a empregos, consultas médicas.

No exercício de *mindfulness*, todos os participantes se mantiveram de olhos fechados, aparentemente relaxados e concentrados na atividade, dando feedback positivo em relação ao mesmo.

Me senti relaxada com a atividade.

Por fim, sobre a frase colocada no início da sessão "Há um campo além do pensamento certo e errado. Eu te encontro lá.", os participantes fizeram questionamentos a respeito da mesma, demonstrando interpretá-la de maneira dicotômica, como se houvesse apenas dois caminhos a serem seguidos, o certo ou o errado.

O que é certo é certo e o que é errado é errado.

Dessa maneira, foi necessário que a pesquisadora explicasse a frase como se referindo a uma tentativa de pensar em um campo para além dos julgamentos e, não necessariamente, seguir um caminho certo ou errado, mas romper as barreiras do certo ou errado a partir do entendimento de tais conceitos como um julgamento em si.

Conforme os registros, é possível afirmar que os objetivos da sessão foram cumpridos, sendo discutidos todos os fundamentos e aprofundados até que os participantes demonstrassem entendimento a respeito dos mesmos. Este encontro também foi interrompido por duas funcionárias que entraram na sala para analisarem aspectos referentes à iluminação do ambiente.

Quarta sessão: Os objetivos desta sessão foram extinguir a fusão do self e da linguagem e promover a desliteralização e aceitação. Quatro participantes estiveram presentes e a sessão teve duração de 1 hora e 10 minutos.

No início desse encontro houve a necessidade de se fazer a releitura da metáfora do ônibus, visto que é fundamental para o andamento desta e das demais sessões e, além disso, um dos participantes havia faltado o encontro anterior. O retorno à metáfora serviu para reconectar todos os participantes ao que estava sendo feito até ali e, ainda, para fazer uma conexão com as expressões de estigma internalizado que apareceram no primeiro encontro, situando-as também como passageiros, levando-os a pensar sobre outras formas de lidarem com elas.

Com a metáfora da “Bolha sobre a cabeça”, que diz respeito a quando você enxerga o mundo através dos pensamentos, logo, como se fosse definido por eles, os participantes trouxeram conteúdos sobre como os pensamentos interferem em suas visões sobre si mesmos e sobre o mundo, demonstrando uma reflexão coerente com o conteúdo trabalhado.

Eu estava rodeado de pessoas que me estigmatizavam até que em um dado momento passei a acreditar no que diziam sobre mim e viver daquela maneira.

Eu fazia mal a mim mesmo pensando dessa forma (...) achava que não era bom o suficiente para ficar entre as pessoas, sentia frio na barriga.

(A bolha) é um tapa olho.

No exercício de desfusão e desliteralização, cujo objetivo foi, através da repetição, dissociar qualquer sentido atribuído a uma palavra dela mesma, foi utilizada primeiramente a palavra “leite”, como proposto no protocolo, e em seguida o exercício foi repetido com a palavra “vagabundo”, sugerida pelos participantes, conforme havia aparecido na identificação dos estigmas. Ao ser apresentada a palavra “leite”, os participantes expuseram todos os pensamentos que vinham às suas mentes relacionados a ela: *vida, criança mamando, não gosto, é bom para o bebê, cálcio, leite gelado na infância, queijo, iogurte e requeijão*. Após repetirem a palavra de maneira ininterrupta durante um minuto, afirmaram que o que restou foi apenas um som diferente da palavra inicial e que todos esses significados atribuídos inicialmente haviam sumido.

Ficou apenas na palavra, sem cheiro ou cor.

A partir da orientação para escolherem uma palavra estigmatizadora para realização do mesmo exercício, foi elegida a palavra *vagabundo*. Quando repetida durante o tempo determinado, o mesmo aconteceu e todos concordaram que aquele sentido desapareceu, tendo o exercício cumprido a sua função.

Perdeu o sentido.

Trata-se apenas uma palavra e não de uma verdade absoluta.

Seguindo o protocolo, retomando a ideia do controle como problema e introduzindo a aceitação dos pensamentos e emoções como alternativa, aprendendo a dar espaço a eles mesmo quando desagradáveis, um dos participantes mencionou que não é tão ruim assim aceitar e lidar com os seus próprios pensamentos. O vídeo do convidado indesejado foi utilizado para complementar os conceitos de desfusão e aceitação de maneira prática. Nele aparece uma pessoa dando uma festa, mas, em determinado momento, a chegada de um convidado indesejado bate à porta querendo participar e o anfitrião tenta de todas as maneiras controlar esse convidado indesejado, mas, com isso, não aproveita mais a sua festa, até que, no momento em que permite que aquela pessoa esteja presente, sem tentar controlá-la a todo momento, ele consegue novamente se sentir melhor e voltar a curtir o momento, mesmo com a presença indesejada. Dessa forma, viu-se que a aceitação se colocou como uma prática mais funcional e muito menos danosa que o controle. Um dos participantes apresentou dificuldade em perceber que o convidado indesejado do vídeo fazia referência aos pensamentos e sentimentos do anfitrião da festa, sendo necessário que a pesquisadora explicasse um pouco mais o vídeo para que ele conseguisse sair da ideia literal de um convidado propriamente dito. Os demais demonstraram entender prontamente o significado do vídeo.

Tentando controlar o convidado, ele perdeu a festa.

Quando ele aceita e deixa de lado, ele passa a curtir a festa.

Por ser legendado, o vídeo foi reproduzido em velocidade menor, tendo sido necessário, ainda, que a pesquisadora lesse as legendas em voz alta, pois alguns participantes não conseguiram acompanhá-las. Dessa forma, percebe-se que talvez seja interessante utilizar a outra atividade já proposta no protocolo, de Dramatização da Metáfora do Ônibus, ou ainda, pensar em outro exercício que cumpra o mesmo objetivo.

A fim de dar continuidade ao conceito de aceitação, foi utilizada outra metáfora, a do Tabuleiro de Xadrez. Nela os participantes foram comparados a um tabuleiro de xadrez que contém diferentes peças e, quando assumem a posição de apenas uma das peças estarão sempre em luta, tentando ganhar, ao passo que, se assumirem a posição do tabuleiro, as peças (pensamentos e sentimentos) passam a fazer parte deles mesmos e, dessa forma, essa luta

interna deixa de fazer sentido. A respeito da metáfora e do processo de aceitação, um dos participantes fez o seguinte comentário:

Antigamente eu tinha vergonha de pegar o ônibus aqui em frente ao CAPS, hoje eu não tenho mais.

O conceito de aceitação na ACT diz respeito a uma ação de acolhimento para com as experiências internas do indivíduo no momento em que elas ocorrem, diminuindo o esforço no sentido de controlá-las (MONTEIRO *et al.*, 2015). As técnicas de aceitação ensinam uma maneira de experienciar cada sentimento de forma plena, reduzindo, dessa forma, a ligação que se dá de maneira tão automática entre esses sentimentos e o comportamento manifesto (LUOMA *et al.*, 2008) que, no exemplo anterior, fica evidenciado a partir da aceitação tanto do sentimento de vergonha, como da necessidade do tratamento em si, uma vez que experiência dessa emoção pudesse resultar tanto numa tentativa de controle a qualquer preço, como num comportamento automático de deixar de se tratar.

A sessão foi encerrada com a orientação de que os participantes prestassem atenção na condução dos seus pensamentos durante aquela semana. Conforme os registros dos roteiros de observação, todos os objetivos da sessão foram cumpridos de maneira adequada.

Quinta sessão: Esta sessão teve como objetivos discutir sobre os valores do grupo, ajudar os participantes a terem um domínio das autoavaliações negativas e se conectarem com os outros participantes. Apenas duas pessoas estiveram presentes e a sessão teve um tempo de duração menor que o previsto, de 46 minutos.

Os objetivos foram cumpridos através de cada passo da sessão que teve início com um exercício de mindfulness que incluía elementos da metáfora do ônibus, pensamentos sobre como fazer a diferença no grupo de tratamento e pensar sobre uma citação exposta em cartaz: “A coragem é apenas o acúmulo de muitos pequenos passos. Hoje é mais uma oportunidade para um novo começo, um grande despertar. Hoje é um outro momento para se sentir mais saturado, preso pela desesperança, de estar com raiva ou medo. Neste grupo, reconhecemos que o progresso e regressão são parte da condição humana. Em qualquer situação, muitas vezes é melhor estarmos juntos do que sozinhos.”

Toda a atividade foi transcorrendo na forma de um bate papo com os dois participantes, visto que um deles fazia suas reflexões em voz alta a todo instante, deixando o outro participante

desconcentrado. Mesmo acontecendo neste formato, foi possível trabalhar os aspectos centrais da atividade.

Eu tenho alguns pensamentos. Quando um pensamento vem, ele vem do nada (...) Eu tento me reanimar a cada dia.

Cada dia vencendo a vontade (da droga) é uma vitória.

A segunda atividade proposta trazia crachás nos quais cada participante deveria escrever uma palavra que dizia respeito a uma autoavaliação negativa ou seja, precisavam colocar no crachá algo sobre si mesmos que normalmente não dizem para ninguém e, em seguida, colocar o crachá no peito para que todos pudessem ver e, no final, sentarem um de frente para o outro, mantendo-se concentrados no outro participante. Foi observado que, num primeiro momento, os dois participantes tiveram dificuldade em escrever ali um conteúdo sobre si mesmos, mas em seguida o fizeram e, ambos escreveram a respeito de uma avaliação de seus aspectos físicos. Conseguiram completar a atividade e relataram desconforto ao manter o olhar no outro participante. Ambos disseram ter sentido vontade de falar algumas palavras no sentido de acalantar o outro, o que só faz sentido no contexto de valores e na capacidade de conexão com outras pessoas.

A sessão durou menos tempo do que o esperado, o que pode ser atribuído, à presença de apenas dois participantes. Não se pode inferir, porém, que o rendimento em termos de compreensão tenha sido menor que o das sessões anteriores. Esta sessão também sofreu interrupção de uma profissional que entrou na sala procurando uma pessoa.

A redução do número de participantes no decorrer do processo de intervenção pode ser discutida a partir dos apontamentos das altas taxas de abandono dos tratamentos em geral para o transtorno por uso de substâncias (FERNANDES *et al.*, 2017), bem como da relação com a motivação para o tratamento.

Sexta sessão: Os objetivos desse encontro foram voltados para a identificação e conexão dos participantes com os seus valores fundamentais, especialmente em relação ao tratamento, e para proporcionar aos participantes uma oportunidade de reconhecer a sua evitação no passado, identificar os objetivos e intenções, e fazer um compromisso público com uma nova direção. Todos estes objetivos foram desenvolvidos através das atividades propostas no protocolo,

iniciando por um exercício de auto reflexão, em seguida por uma atividade chamada “Metáfora da lápide” e, por fim, pela identificação de ações que se alinham aos valores reconhecidos. Estiveram presentes 5 participantes e a sessão teve duração de 1 hora e 38 minutos.

Durante o momento de reflexão sobre o que mais valorizam na vida, especialmente no tratamento, alguns participantes expuseram seus pensamentos, falando de valores como *fé e perseverança, família, trabalho, amigos, saúde, honestidade e respeito*. Em relação aos obstáculos que surgem quando desejam ir nessa direção, um deles enfatizou alguns de seus sentimentos como elementos que muitas vezes o seguraram para seguir adiante. Outros participantes se referiram a obstáculos externos, à distância dos filhos e ainda à dificuldade em mostrar às pessoas quem verdadeiramente são.

A tristeza é um passageiro que vem (...) o rancor, a raiva, são passageiros que estão no meu ônibus”.

Sempre encontro obstáculos no tratamento, mas procuro não desistir.

A tristeza é ter meus filhos longe.

Na metáfora da Lápide, na qual eles precisavam pensar sobre o que gostariam de escrever em suas próprias lápides, os participantes foram sendo conduzidos por leituras e reflexões da pesquisadora, conforme o protocolo. Um dos participantes se mostrou bastante emocionado com o exercício, chegando a chorar. As frases que apareceram para as lápides foram voltadas para os principais valores de cada participante, demonstrando que o objetivo do exercício foi atingido.

Realmente conseguiu tudo o que ele buscou na vida: alegria, afeto...

Boa mãe, amiga e que sempre desejou o bem.

Lá se foi um amigo, quase um irmão.

A terceira atividade foi voltada para identificação de ações que se alinham com os valores de cada um, para firmar um compromisso com ações futuras e para a construção da

matriz de valores do grupo. Cada participante, de maneira individual, escreveu em suas folhas os seus valores e ações, sendo orientados a perceber que o uso de álcool e outras drogas não é o único obstáculo em seu caminho, mas que para além disso, existem muitos passageiros.

Por fim, a matriz de valores do grupo ficou voltada para a aproximação de valores como *perseverança*, *auto cuidado* e *respeito* e para o comprometimento em *participar mais das atividades oferecidas no CAPS*, ao mesmo tempo em que deverão procurar se afastar dos sentimentos de *tristeza*, *chateação* e *frustração* que, no entendimento dos participantes, causam sofrimento e dos comportamentos de manejo como a *recaída* e *uso de drogas*.

Conforme os registros de observação, os objetivos foram cumpridos de maneira adequada, de acordo com o previsto no protocolo. Ao final desta sessão, os participantes apresentaram alguns *feedbacks* sobre como se sentiram durante todo o processo de intervenção:

Eu gostei muito de participar.

Gostei da atenção que recebi.

Fui bem tratado.

Parei de pensar no que os outros acham de mim.

Os *feedbacks* ficaram situados entre as mudanças possibilitadas pelo programa e, principalmente, os sentimentos relacionados à maneira como os participantes se sentiram tratados, denotando sentimento de pertencimento e identificação com o grupo de maneira geral, assim como com a temática trabalhada. Neste sentido, é possível fazer uma conexão entre os *feedbacks* apontados e as estratégias de enfrentamento do estigma internalizado, principal proposta da intervenção, especialmente a partir do contato interpessoal positivo de cada participante com os demais, o que influencia de maneira direta na contestação de atitudes negativas e na diminuição do desejo de distanciamento social (TOSTES *et al.*, 2020).

De maneira geral, a partir da análise dos roteiros de observação, é possível dizer que a intervenção resultante da tradução e adaptação do protocolo baseado em ACT para redução do estigma internalizado em usuários de drogas no contexto brasileiro manteve alto grau de fidelidade ao modelo original teórico, conservando seus componentes chaves ativos conforme os objetivos de cada sessão.

3.5 CONCLUSÃO

A principal contribuição deste estudo está em fornecer a descrição da aplicação de um protocolo para a redução de estigma internalizado em usuários de álcool e outras drogas haja vista todas as consequências que o processo de internalização do estigma pode trazer, além do desconhecimento de qualquer outra intervenção semelhante no contexto nacional. A intervenção foi conduzida por duas pesquisadoras e observada por outras três, todas previamente treinadas para suas funções, o que permitiu maior rigor metodológico. O estudo fornece uma descrição estruturada de cada sessão, com especificações sobre o entendimento dos participantes a respeito dos componentes chaves, permitindo, dessa forma, maior aperfeiçoamento e adaptação do protocolo.

As principais limitações foram o número reduzido de participantes, a perda amostral ao longo da intervenção e o espaço dentro do próprio serviço de saúde, que contribuiu para as constantes interferências externas nas sessões.

Os resultados da investigação apontam que a intervenção baseada em ACT para a redução do estigma internalizado em usuários de substâncias pode ser viável e aceitável, além de eficaz. Neste sentido, considerando a gravidade dos problemas associados ao uso abusivo de substâncias, o elevado índice de abandono dos tratamentos usuais, a existência de comorbidades na maioria dos casos e a influência do processo de internalização do estigma no agravamento do transtorno, vê-se a necessidade da implantação de intervenções transdiagnósticas como essa nos serviços de tratamento voltados para esse contexto. Para isso, considera-se necessária uma versão revisada da intervenção, que leve em conta todas as limitações apontadas, a fim de verificar, com maior consistência, os seus efeitos, especialmente em termos de eficácia da intervenção.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, L. M.; MURTA, S. G. Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p. 75-85, 2015. doi:10.1590/1413-82712015200107
- BARD, N. D. *et al.* Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2680, 2016. doi:10.1590/1518-8345.0852.2680
- CAPISTRANO, F. C. *et al.* Consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em tratamento. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 17-26, 2018. doi:10.17765/2176-9206.2018v11n1p17-26
- CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; BARR, L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 25, n. 8, p. 875-884, 2006. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875
- COSTA, N. Terapia de Aceitação e Compromisso: É uma Proposta de Intervenção Cognitivista? **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 3, n. 2, p. 117-126, 2017. <https://doi.org/10/ggcn3n>
- FELICISSIMO, F. B. *et al.* Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 1, p. 116-129, 2013.
- FERNANDES, S. S. *et al.* Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de busca ativa. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 131-137, 2017. doi:10.1590/1414-462X201700020268
- FERRI, C. P. *et al.* Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. **Drug and Alcohol Review**, v. 19, p. 451-455, 2000. doi:10.1080/713659418
- GRANT, B. F. *et al.* Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Alcohol Research and Health**, v. 29, n. 2, p. 107-120, 2006. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807
- HASSON-OHAYON, I. *et al.* Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. **Comprehensive Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 75-80, 2011. doi:10.1016/j.comppsy.2010.04.008
- HATZENBUEHLER, M. L.; PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 813-821, 2013. doi:10.2105/AJPH.2012.301069
- HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; BIGLAN, A. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 10, n. 1, p. 81-104, 2008. doi:10.31505/rbtcc.v10i1.234

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change** (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2011.

HAYES, S. C. *et al.* What Is Acceptance and Commitment Therapy? *In*: HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D. (orgs.). **A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy**. Springer US, 2004. p. 3-29. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1

LANZA, P. V. *et al.* Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women: Drug Abuse Treatments to Incarcerated Women. **Journal of Clinical Psychology**, v. 70, n. 7, p. 644-657, 2014. doi:10.1002/jclp.22060

LITVIN, E. B. *et al.* Responding to tobacco craving: Experimental test of acceptance versus suppression. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 26, n. 4, p. 830-837, 2012. <https://doi.org/10/f4h3jh>

LIVINGSTON, J. D.; BOYD, J. E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta- analysis. **Social Science and Medicine**, v. 71, n. 1) p. 2150-2161, 2010. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030

LIVINGSTON, J. D. *et al.* The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. **Addiction**, v. 107, n. 1, p. 39-50, 2011. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x

LUOMA, J. B. *et al.* Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. **Addiction Research & Theory**, v. 16, n. 2, p. 149-165, 2008. doi:10.1080/16066350701850295

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007. doi:10.1590/S0104-59702007000300007

MONTEIRO, E. P. *et al.* Acceptance and commitment therapy (ACT) and stigma: a narrative review. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 25-31, 2015. doi:10.5935/1808-5687.20150004

OLIVEIRA, A. J. *et al.* A construção histórica do estigma sobre o conceito de dependência de álcool. **Revista Multidisciplinar e Psicologia**, v. 13, n. 4, p. 253-275, 2019. doi:10.14295/online.v13i44.1612

OLIVEIRA, J. T.; RIBEIRO, A. P.; GONÇALVES, M. M. Questionário de ambivalência em psicoterapia (QAP). *In*: GONÇALVES, M. M.; SIMÕES, M. R.; ALMEIDA, L. S. (eds.). **Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação**. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 2017. p. 101-113.

RAIMUNDO, M. F. R. de A. *et al.* Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.36833>

ROMERO, B. M. Tratamiento mediante ACT en un caso de conductas adictivas con sintomatología prefrontal. **Apuntes de Psicología**, v. 33, n. 3, p. 117-126, 2015.

- RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010. doi:10.1590/S0047-20852010000400010
- RONZANI, T. M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E. F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 7, p. 1080-1084, 2009. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.026
- ROOM, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. **Drug and Alcohol Review**, v. 24, n. 2, p. 143-155, 2005. doi:10.1080/09595230500102434
- RÜSCH, N. *et al.* Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 60-63, 2010. doi:10.1016/j.jbtep.2009.10.002
- SCHILLING, F.; MIYASHIRO, S. G. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Educação e Pesquisa**, v. 34, n. 2, p. 243-254, 2008. doi:10.1590/S1517-97022008000200003
- SCHOMERUS, G. *et al.* Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 114, n. 1, p. 12-17, 2011. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013
- Silveira, P. S. *et al.* Self-stigma among people with crack cocaine and alcohol dependence: a comparative study. **Addiction Science & Clinical Practice**, n. 8, p. A63, 2013. doi:10.1186/1940-0640-8-S1-A63
- SILVEIRA, P. S.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 1, p. 62-75, 2009.
- SMALLWOOD, R. F.; POTTER, J. S.; ROBIN, D. A. Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, n. 250, p. 12-14, 2016. <https://doi.org/10/gg3hq7>
- SOARES, R. G. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Escala ISMI Adaptada para Dependentes de Substâncias. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 229-238, 2015. doi:10.1590/0102-37722015021093229238
- SUIT, D.; PEREIRA, M. E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Revista de Psicologia da USP**, v. 19, n. 3, p. 317-340, 2008. doi:10.1590/S0103-65642008000300004
- THURSTONE, C. *et al.* Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment. **Journal of Contextual Behavioral Science**, v. 6, n. 4, p. 375-379, 2017. <https://doi.org/10/gczdv8>
- TOSTES, J. G. A. *et al.* Interventions to Reduce Stigma Related to People who Use Drugs: Systematic Review. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3022, 2020. doi:10.1590/1982-4327e3022

UÇOK, A. Other people stigmatize... but, what about us? Attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia. *In: ARBOLEDA - FLÓREZ, Julio; SARTORIUS, Norman (eds.). **Understanding the stigma of mental illness**: theory and interventions.* Chichester, 2008. p. 108-116.

WILSON, K. G. *et al.* Acceptance and Commitment Therapy for Addiction. *In: HAYES, S.C.; LEVIN, M. (eds.). **Mindfulness & acceptance for addictive behaviors**: Applying contextual CBT to substance abuse & behavioral addictions.* Oakland: Context Press, 2012. p. 27-68.

4 CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido ao longo desses dois anos de estudo acerca da utilização e dos efeitos da ACT nas condições de dependência de drogas e de estigma internalizado nos indivíduos com transtorno por uso de substâncias mostrou que esta abordagem pode ser eficaz tanto para a redução do estigma quanto para a diminuição da gravidade da dependência. Diversos estudos têm acontecido no sentido de investigar as contribuições únicas desta abordagem em termos do aumento da flexibilidade psicológica, diminuição dos sintomas comórbidos, melhora significativa nas questões relacionadas ao controle experiencial, atenuação das taxas de abandono do tratamento e redução do consumo de substâncias.

A adaptação do protocolo baseado em ACT para redução de estigma internalizado em usuários de drogas de Luoma *et al.* (2008) se mostrou possível no contexto brasileiro e com potencial para intervenções de maiores proporções, podendo ser utilizada em grande escala visando a melhoria dos serviços usuais já existentes até então.

Uma intervenção capaz de reduzir o estigma internalizado nesta que é uma das condições de saúde mais estigmatizadas, certamente trará benefícios imensuráveis àqueles que usam drogas e possuem prejuízos relacionados a esse uso, uma vez que o processo de internalização do estigma tem o potencial de causar danos tão grandes ou até maiores que a própria condição de dependência, visto o impacto na redução dos sentidos de autoestima e autoconfiança, contribuição para o rebaixamento do humor e distanciamento social, entre outros.

Desse modo, a continuidade dos estudos voltados para essa temática se faz fundamental para a obtenção de subsídios que comprovem a sua eficácia, além da viabilização de um modelo integral e eficiente que possa revolucionar o tratamento para a dependência.

REFERÊNCIAS

- CARLINI, E. A. *et al.* Drogas Psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, v. 3, p. 9-35, 2011.
- CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; BARR, L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 25, n. 8, p. 875-884, 2006. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875
- DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: Introduction and overview. *In*: HEATHERTON, T. F. *et al.* (eds.). **The social psychology of stigma**. New York: Guilford Press, 2000. p. 1-28.
- HASSON-OHAYON, I. *et al.* Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. **Comprehensive Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 75-80, 2011. doi:10.1016/j.comppsy.2010.04.008
- HATZENBUEHLER, M. L.; PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 813-821, 2013. doi:10.2105/AJPH.2012.301069
- HAYES, S. C. *et al.* What is acceptance and commitment therapy? *In*: HAYES, S. C.; STROSAH, K. D. (orgs.). **A practical guide to acceptance and commitment therapy**. New York: Springer, 2010. p. 1-29.
- LI, X. *et al.* Consequences of drug abuse and HIV/AIDS in China: Recommendations for integrated care of HIV-infected drug users. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 23, n. 10, p. 877-884, 2009.
- LIVINGSTON, J. D.; BOYD, J. E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. **Social Science and Medicine**, v. 71, n. 1) p. 2150-2161, 2010.
- LUOMA, J. B. *et al.* Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. **Addiction Research & Theory**, v. 16, n. 2, p. 149-165, 2008.
- MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.
- MONTEIRO, E. P. *et al.* Acceptance and commitment therapy (ACT) and stigma: a narrative review. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 25-31, 2015. doi:10.5935/1808-5687.20150004
- PALM, J. **Moral concerns** - Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. 2006. Disponível em: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-1003>. Acesso em: 27 mar. 2021.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

RONZANI, T. M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E. F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine** (1982), v. 69, n. 7, p. 1080-1084, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>

ROOM, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. **Drug and Alcohol Review**, v. 24, n. 2, p. 143-155, 2005. doi:10.1080/09595230500102434

RÜSCH, N. *et al.* Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 60-63, 2010. doi:10.1016/j.jbtep.2009.10.002

SCHILLING, F.; MIYASHIRO, S. G. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Educação e Pesquisa**, v. 34, n. 2, p. 243-254, 2008. doi:10.1590/S1517-97022008000200003

SCHOMERUS, G. *et al.* Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 114, n. 1, p. 12-17, 2011. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013

SILVEIRA, P. S.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. **Psicologia: teoria e prática**, v. 11, n. 1, p. 62-75, 2009.

SILVEIRA *et al.* Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction Stigma and Health. **Stigma and Health**, v. 3, p. 42-52, 2018b. <https://doi.org/10.1037/sah0000069>

SILVEIRA, P. S. *et al.* The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. In: RONZANI, T. M. (org.). **Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs**. Cham: Springer, 2018a. p. 15-25.

TOLEDO, L.; GÓNGORA, A.; BASTOS, F. I. P. M. À margem: Uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 31-42, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.02852016>

TWOHIG, M. P. The Basics of Acceptance and Commitment Therapy. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 19, p. 499-507, 2012.

UÇOK, A. Other people stigmatize... but, what about us? Attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia. In: ARBOLEDA - FLÓREZ, Julio; SARTORIUS, Norman (eds.). **Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions**. Chichester, 2008. p. 108-116.

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas**. 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2019/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

WILSON, K. G. *et al.* Entendendo a terapia de aceitação e compromisso em contexto: A história das similaridades e diferenças com outras terapias cognitivo comportamentais. In: HERBERT,

J.; FORMAN, E. (eds.). **Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy.** Hoboken: Wiley, 2010.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Desenvolvimento, avaliação e implementação de inovações em intervenções para usuários de drogas: um estudo de viabilidade da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para dependentes de crack e álcool”.

Nesta pesquisa, pretendemos desenvolver e avaliar uma intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) voltada para redução de estigma internalizado entre dependentes de substâncias psicoativas. O motivo que nos leva a estudar o tema é a necessidade de desenvolver novas intervenções que auxiliem no tratamento da dependência de substância e também diminuam o preconceito, discriminação e estereótipos negativos internalizados pelos dependentes.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: Estão sendo convidados indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que buscam tratamento para a dependência no principal serviço da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas que é o Centro Atenção Psicossocial ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD); que concordar em ser sorteado aleatoriamente a um dos dois tipos de acompanhamento (ACT ou Controle) e ter disponibilidade de 2 horas semanais para participar do grupo (caso sejam alocados para a intervenção). A sua participação na pesquisa não é obrigatória e consistirá em uma entrevista com duração aproximada de 50 minutos em ambiente isolado, no próprio serviço de tratamento. As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e sobre os dados contidos no prontuário. Os riscos envolvidos na pesquisa são considerados mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética para que estes possam minimizar as consequências decorrentes deste risco. A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico bem como a avaliação da efetividade da intervenção, para posteriores melhorias dentro do serviço de tratamento.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de discrição. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será entregue ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade

_____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Desenvolvimento, avaliação e implementação de inovações em intervenções para usuários de drogas: um estudo de viabilidade da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para dependentes de crack e álcool”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PETRÓPOLIS - UCP/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento, avaliação e implementação de inovações em intervenções para usuários de drogas: um estudo de viabilidade da Terapia de Aceitação e Compromisso(ACT) para dependentes de crack e álcool

Pesquisador: Pollyanna Santos da Silveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12323219.8.0000.5281

Instituição Proponente: ASSOCIACAO FACULDADES CATOLICAS PETROPOLITANAS

Patrocinador Principal: FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FAPERJ
CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.282.397

Apresentação do Projeto:

O projeto "Desenvolvimento, avaliação e implementação de inovações em intervenções para usuários de drogas: um estudo de viabilidade da Terapia de Aceitação e Compromisso(ACT) para dependentes de crack e álcool" tem como base a ideia de que a dependência de substâncias é uma das condições de saúde mais estigmatizadas em todo o mundo, contribuindo para o agravamento da condição, exclusão social e a discriminação. Quando membros de um grupo estigmatizado tornam-se conscientes da percepção negativa da sociedade sobre sua condição, podem endossar e internalizar o estigma a partir da adoção de crenças, sentimentos e comportamentos negativos acerca de si próprios. A fim de minimizar as consequências deste processo diversas iniciativas têm sido propostas em todo o mundo, contudo a maioria destas intervenções tem focado em ações da perspectiva do estigmatizador. Uma das intervenções que tem apresentado melhores evidências de efetividade para a redução do estigma internalizado é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) que apresenta como conceito principal a flexibilidade psicológica, conceituada como a capacidade de entrar em contato com o momento presente e as experiências internas e, de acordo com o contexto, persistir ou alterar a busca de objetivos e valores pessoais.

Serão recrutados 80 indivíduos que serão randomizados aleatoriamente em dois grupos:

Endereço: BENJAMIM CONSTANT, 213

Bairro: CENTRO

UF: RJ

Telefone: (24)2244-4069

Município: PETROPOLIS

CEP: 25.610-130

E-mail: cep@ucp.br

Continuação do Parecer: 3.362.287

intervenção e controle. Os sujeitos da pesquisa serão recrutados no próprio serviço de tratamento. Serão aplicados os instrumentos de avaliação. Os participantes serão alocados aleatoriamente em grupos que receberão o tratamento convencional (controle) ou o tratamento convencional mais a intervenção de redução de estigma internalizado baseada em ACT (intervenção). Após a avaliação, os participantes serão alocados aleatoriamente em dois grupos: intervenção e controle. Todos os participantes serão avaliados em dois momentos diferentes: a primeira avaliação (T1) será feita uma semana antes da intervenção a fim de proporcionar um baseline quanto às características psicológicas; e, imediatamente após o final da intervenção, serão aplicados novamente os mesmos instrumentos (T2). Todos os participantes alocados receberão o tratamento convencional disponibilizado pelo serviço, incluindo consultas com psiquiatra e, quando necessário, a prescrição de medicações bem como acompanhamento psicológico (individual em grupo) e do serviço social.

Os instrumentos aplicados serão:

- Questionário sociodemográfico
- MINI: Consiste em um questionário breve compatível com os critérios do DSMIII-R/IV e da CID-10,
- Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISM-IBR): traduzida e adaptada para dependentes de substâncias. Os itens são agrupados em cinco sub-escalas:

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a viabilidade (feasibility) e aceitabilidade de uma intervenção baseada em ACT para redução do estigma internalizado de usuários de substâncias psicoativas

Objetivo Secundário:

Avaliar a aceitabilidade da intervenção para indivíduos diagnosticados com dependência de crack e outras drogas.

Avaliar a efetividade da ACT sobre a redução de estigma internalizado;c.

Avaliar a efetividade da intervenção para a redução da gravidade da dependência.d.

Avaliar a efetividade da ACT em relação a aspectos psicológicos como a autoestima e sintomatologia depressiva.

Construir a partir dos dados de viabilidade um protocolo de pesquisa para avaliação da eficácia da

Endereço: BENJAMIM CONSTANT, 213

Bairro: CENTRO

CEP: 25.610-130

UF: RJ

Município: PETRÓPOLIS

Telefone: (24)2244-4069

E-mail: cep@ucp.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PETRÓPOLIS - UCP/RJ**



Continuação do Parecer: 3.382.367

ACT para redução de estigma através de um ensaio clínico randomizado envolvendo serviços da rede de atenção aos usuários de drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa são considerados mínimos.

Benefícios:

A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico bem como a avaliação da efetividade da intervenção, para posteriores melhorias dentro do serviço de tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante, considerando a possibilidade de introdução de novos tipos de tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dentro do padrão esperado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FR_Pol.pdf	24/04/2019 18:23:25	Ave Regina de Azevedo Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1338081.pdf	18/04/2019 00:00:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	17/04/2019 23:49:16	Polyanna Santos da Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_detalhado_2019.pdf	17/04/2019 20:24:35	Polyanna Santos da Silveira	Aceito

Endereço: BENJAMIM CONSTANT, 213
Bairro: CENTRO CEP: 25.610-130
UF: RJ Município: PETRÓPOLIS
Telefone: (24)2044-4080 E-mail: cep@ucp.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PETRÓPOLIS - UCP/RJ



Continuação do Parecer: 3.382.397

Investigador	Projeto_detalhado_2019.pdf	17/04/2019 20:24:35	Polyanna Santos da Silveira	Aceito
Parecer Anterior	parecer_anterior.pdf	17/04/2019 20:12:39	Polyanna Santos da Silveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17/04/2019 20:11:55	Polyanna Santos da Silveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETRÓPOLIS, 24 de Abril de 2019

Assinado por:
Ave Regina de Azevedo Silva
(Coordenador(a))

Endereço: BENJAMIM CONSTANT, 213
Bairro: CENTRO CEP: 25.610-130
UF: RJ Município: PETRÓPOLIS
Telefone: (24)2244-4062 E-mail: oes@ucp.br

ANEXO III – PROTOCOLO DA INTERVENÇÃO BASEADA EM ACT

SESSÃO 1

Materiais necessários: Apostilas para escrever exercício (ver Anexo B: escrevendo sobre vergonha ou falhas do passado), blocos de anotações, canetas / lápis, canetas de quadro branco, equipamentos de áudio.

Metas:

- 1) Orientar o grupo para o tratamento: estabelecer um bom ambiente de trabalho, levantar algumas expectativas / estabelecer as principais intenções de cada paciente (Contrato Terapêutico)
- 2) Introduzir o conceito de estigma e estigma internalizado com foco no grupo e justificar a importância deste tópico.

1 ORIENTAÇÕES:

Princípios Gerais: Promover a coesão do grupo. Este princípio, é muito importante para levar o grupo a se apropriar das regras, como um todo, conforme descritas a seguir. A ideia é tentar levar as pessoas a terem algum sentimento de pertencimento e de investimento no grupo.

A) Apresentação da equipe

- Nome / Trabalho/ Informações Relevantes
- História pessoal ou valores de por que esta questão é importante. Os terapeutas devem **descrever sucintamente a forma como este trabalho tem sido importante em sua vida, e como isso se encaixa com seus valores.**

B) Apresentação do Projeto (natureza do trabalho, nossa justificativa, nosso interesse, nossos limites e regulamentos).

- **ACT:** Mencionar que este trabalho é baseado em evidências/experiências devido a variedade de transtornos.
- **Grupo Terapêutico x Pesquisa:** Os clientes muitas vezes vêm para o grupo com pensamento de que estamos aqui para estudá-los, para ver o que eles se tornam. Em contrapartida, nós precisamos deixar claro que este é um grupo de terapia, no qual, o objetivo é a melhora da qualidade de vida.
- **Tempo:** Pode ser útil notar aqui que o limite de seis horas de terapia em nossos grupos pode parecer excessivamente restrito. Assim dado o nosso limite de tempo, temos muito trabalho a fazer;
- **Confidencialidade** - Deixar claro que a discussão feita no grupo, não será exposta em outro lugar ou para outras pessoas, não extrapolando o contexto do nosso grupo. Destacar a importância da confiança e respeito mútuo.

C) Acordo sobre Regras Básicas (tentar limitar a 20 minutos)

- A ideia aqui é fazer com que todos participem e contribuam para a estruturação do grupo.
 - Sugerir que cada pessoa possa se apresentar e sugerir diretrizes para o grupo, algo que seria importante para eles nesse grupo;
 - Não se esqueça de escrever isto em um pedaço de papel;
 - Esclarecer regras básicas sugeridas, para que todos possam entender. Se for necessário, peça exemplos do que eles estão falando;
 - ❖ Honestidade;
 - ❖ Mente aberta para desafiar a si mesmo e estar aberto para feedback construtivo;
 - ❖ Vontade de ser flexível;
- Convidá-los a permanecerem no grupo mesmo com qualquer coisa que aparecer, mesmo em desconforto.
- O terapeuta deve sugerir suas próprias diretrizes que podem ser importantes para o grupo e que os clientes não trouxeram:

- 1 Deixar a sala de forma inesperada pode ser como um velho comportamento autodestrutivo, mas já não funciona.
- 2 Que possamos mostrar aos outros nossa opinião, mas que não sejamos duramente críticos ou estabeleçamos julgamentos. Podemos concordar com isso?
- 3 Podemos nos comprometer que todos aqui serão ouvidos?
- 4 Mencione que as regras podem servir para criar um lugar seguro e confiável, que facilite a boa convivência.

- **Dar orientações sobre como lidar contra as violações das regras:** As pessoas, muitas vezes, têm comportamentos antigos que podem aparecer no grupo. Dê exemplos de como alguém pode desrespeitar o acordo e pedir permissão para abordar a questão, tais como: “Gostaríamos de reforçar que nosso objetivo não é que as pessoas sejam obedientes, mas sim, trabalharmos o respeito às regras desenvolvidas pelo grupo”.

2 ESTIGMA SOCIAL E ESTIGMA INTERNALIZADO

Princípio Geral: 1) Definição comum do que é o estigma e esclarecer no que o grupo está focado; 2) Destacar a onipresença do processo de estereótipos, classificação e julgamento.

OBS: tentar universalizar o dilema do estigma, apontando sua aparência para todos, incluindo os terapeutas.

A) Definição do Estigma Social

- O que vem à mente quando você pensa na palavra estigma? O que você acha que isso significa?
- Definir estigma social de forma compartilhada.
 - Explicar que a estigmatização envolve desumanizar uma pessoa porque eles foram colocados em um determinado grupo (rotulação), desconsiderando as diferenças de cada um (histórias, características individuais, família, contexto/ambiente).

- Pode mencionar que, nos tempos antigos, os escravos eram estigmatizados com uma marca real sobre eles. Hoje, nós estigmatizamos as pessoas por aquilo que pensamos e dizemos sobre elas.
- Quais são os estereótipos comuns que as pessoas acreditam sobre dependentes de drogas? Existem diferenças entre drogas ilícitas e lícitas?
 - Faça uma lista de palavras que os participantes apresentem e destaque temas comuns.

Possível armadilha: Às vezes, os clientes vão começar a relacionar as histórias das vezes em que eles foram discriminados ou estigmatizados. Concentrando-se na injustiça da situação. O perigo nessas histórias é que o grupo poderia ficar focado em como os outros são os culpados, o que é suscetível de puxá-los para longe da responsabilidade pessoal que estamos trabalhando no desenvolvimento do grupo.

Em vez disso, o ideal seria orientar os clientes para se concentrarem em sua própria experiência de ser estigmatizado ou estigmatizar a si mesmos. O que nós recomendamos é destacar a mágoa, raiva, frustração, ou sentimentos de derrota/fracasso que estão ligados a essas histórias.

Exemplos: *"Eu me lembro deste lugar que eu trabalhei onde eles não me pagaram tanto porque eles sabiam que eu era um viciado".* Terapeuta: *"Eu posso ver que você deseja fazer algo a mais com a sua vida e você apenas sente que as pessoas não vão deixar você chegar à frente, por conta de sua história de abuso de substâncias."*

B) Definição de Auto Estigma ou Estigma Internalizado

- Sugerir que muitas vezes as pessoas começam a internalizar alguns desses pensamentos e podem começar a acreditar neles sobre si mesmos. "Você já pensou alguma dessas coisas sobre si mesmo? Quais? Como você julga a si mesmo?"
 - Iniciar uma nova lista que consiste em declarações auto estigma e/ou começar a circular declarações que os clientes disseram ter pensado em si mesmos no passado.

- Quais desses julgamentos ou percepções serviram como uma barreira na vida? Quais os sentimentos e/ou pensamentos são evocados a partir dessa autopercepção?
 - Por exemplo, serem estigmatizados como sendo estúpido pode certamente dar-lhes sentimentos de tristeza e dor, também pode ser incrivelmente doloroso e limitante. Além disso, pode resultar em evitar experiências "Eu sou um perdedor...Eu não posso me relacionar com as outras pessoas por causa da dependência... Eu não sou de confiança, eu sou um viciado".

- Explicar sobre como muitas vezes é difícil desvincular o estigma do que realmente somos.
 - Você não só recebe ou é alvo e dispensa o estigma, muitas vezes, você também pode aplicá-lo a si mesmo. Isto é o que queremos dizer com auto estigma ou estigma internalizado e que isso pode ficar no caminho como uma barreira para avançar na vida.
 - Exemplos: "Eu não posso fazer isso", "Eu sou um perdedor", "Eu sou um viciado", "ninguém com o meu passado pode ter uma vida boa", "Eu mereço nada do que tem sido feito para mim ... ", " Eu mereço nada por causa do que eu fiz ... "" Eu tive chances suficientes ", " eu feri muitas pessoas que eu amo ", em todos esses exemplos você está internalizando o estigma. Queremos trabalhar com você sobre isso.

C) Autocompaixão: significa a habilidade do indivíduo de ser gentil com as experiências que ocorrem neste momento em sua vida, trazendo uma disposição ativa de entendimento profundo e livre de julgamento do que ocorre.

Nós queremos ajudá-lo a mudar as coisas que você pode e aceitar as coisas que você não pode mudar, como o estigma do lado de fora. Este estigma do lado de fora vai continuar, não importa o que façamos. Nós podemos ser capazes de trabalhar contra ele em algum nível, mas o que você pode realmente é ser capaz de responder a si mesmo, para o próprio estigma que você tenha internalizado. Queremos trabalhar com você para que fique ao lado de si mesmo, assim como muitos de vocês conseguem proteger e apoiar à outras pessoas. Isto é, ser sua próprio fonte de apoio e compaixão.

SESSÃO 2

Metas:

- 1) Ensinar o modelo de psicopatologia da ACT;
- 2) Explicar sobre o controle como o problema;
- 3) Reconhecer emoções e pensamentos.

1 ENSINANDO O MODELO DE (PSICOPATOLOGIA) DA ACT

Princípios gerais: Esta seção destaca a onipresença da mente e de seu constante julgamento, previsão e avaliação (a presença constante dos nossos julgamentos sobre nós mesmos).

Nos é ensinado que a felicidade é algo cotidiano e almejado, enquanto a tristeza deve ser evitada, como se ambas não fizessem parte da nossa história de vida. Também nos é ensinado que quando estamos tristes é porque temos algum problema, cuja causa deve ser encontrada para que possamos eliminá-lo. A implicação desse tipo de prática é que o problema e a causa são concebidos como sentimentos, pensamentos, sensações corporais e memórias negativas. É isso que nos faz evitar e negar os eventos privados (aqueles que acontecem dentro de nós). Muitas vezes “adoecemos” pelo que sentimos, pensamos e pelas nossas memórias e não pelo acontecimento em si. A ACT não pretende eliminar nenhum evento privado, mas em vez disso propiciar que sejam vivenciados como eles de fatos são: apenas sentimentos, pensamentos, sensações e memórias.

Exercício

Ao longo do seu crescimento:

- 1) Quais emoções você aprendeu como sendo desejáveis e indesejáveis?
- 2) Como aprendeu a lidar com as desejáveis? E com as indesejáveis?
- 3) Quais emoções sua família expressava livremente?
- 4) Quais emoções eram suprimidas ou mal vistas?
- 5) Como os adultos lidavam com suas próprias emoções negativas?
- 6) Quais estratégias de controle os adultos usavam?
- 7) Como os adultos reagiam às suas emoções negativas?

- 8) Como resultado dessa criação, quais ideias você carrega sobre emoções e sobre como lidar com elas?

A) As mentes são detectores de perigo, entre as consequências estão:

- a) quando um indivíduo se identifica com seus eventos privados, estes passam a ter status de identidade, como algo inerente ao indivíduo, e não como reações emocionais que surgem e passam. (SER X ESTAR)
- b) evitar os eventos aversivos - bloqueamos o nosso acesso à nossa própria história. (exemplos de perdas de experiências/vivências por medo)
- c) Avaliação só é possível por causa da linguagem que nos possibilita a abstração dos eventos e o trato com eles como se fossem objetos. Além de conseguirmos identificar os eventos privados, como também atribuímos valores a eles, julgando-os como bons ou ruins.
- d) Elaboramos explicações para nossos comportamentos que são parte constituinte do problema e não algo separado, uma vez que se referem aos pensamentos, sentimentos, sensações e memórias.

B) Seus pensamentos não são seus amigos, ainda que você não possa viver sem eles.

- a) Olhe ao redor da sala e escolha um objeto. Descreva-o para os demais colegas.
- b) Agora, se apresente para os demais membros, descrevendo suas características.
- c) Observe se em sua descrição houve alguma avaliação ou julgamento sobre esse objeto.
"Perceba a forma como descrevemos as coisas, na verdade muitas vezes avaliamos e julgamos - positivo/negativo; bom ruim - ao invés de simplesmente descrever algo". Da mesma forma, ao ouvir uma descrição, podemos fazer julgamento e avaliações de outras pessoas, objetos ou situações.
- d) É importante que vocês percebam o quanto os pensamentos podem nos confundir e levar a ter interpretações equivocadas.

Estimular o grupo a dar exemplos de situações que vivenciaram em que os pensamentos (julgamentos ou avaliações) não foram amigos.

2 INTRODUZIR CONTROLE COMO O PROBLEMA

O controle sobre eventos privados, como sentimentos e pensamentos, são, de início, efetivos. Normalmente, quando o indivíduo tenta parar de pensar em alguma coisa, por exemplo, ele consegue. Porém, mais tarde este pensamento tende a voltar, tornando essa estratégia ineficaz e necessitando mais ainda de controle. Depois de um certo tempo (a médio e longo prazo) este controle se torna inefetivo, uma vez que não produz os resultados desejados e o evento aversivo não é eliminado.

“Pense em um problema;

Tente lembrar há quanto tempo você está com esse problema;

O que você já tentou para resolver esse problema?

Isso funcionou?

Você lembra de mais alguma coisa que tentou fazer para resolver esse problema?

Isso adiantou?”

Objetivo: demonstrar que as estratégias realizadas não foram eficazes, reconhecendo a sua ineficiência e o padrão de controle. Após as respostas e a constatação, o terapeuta valida as experiências dos participantes utilizando frases como " realmente parece que não tem jeito" ou " pelo que está me dizendo, o que você vem fazendo não funciona", produzindo uma necessidade de mudança radical.

O cliente deve de fato vivenciar a constatação da ineficácia do controle através da metáfora:

METÁFORA: "O Homem no Buraco"

A situação em que você está se parece um pouco com isto. Imagine que você está num campo, usando uma venda e lhe foi dada uma pequena mala de ferramentas para carregar. Disseram-lhe que a sua tarefa era correr por este campo sem enxergar nada. Assim supõe-se que você viva a vida. Então você faz o que lhe disseram. Mas, sem que você saiba, há vários amplos espaços neste campo, buracos muito profundos. A princípio você não sabe disso, você é ingênuo. Então você começa a correr e mais cedo ou mais tarde você cai num grande buraco. Você percebe ao seu redor e, você está convencido, não há como escalá-lo e nem rotas alternativas. Provavelmente, o que você faria em tal situação é pegar a mala de ferramentas e ver o que tem dentro dela; talvez tenha algo que você possa usar para sair do buraco. Suponha que a única ferramenta da mala seja uma pá. Então você, obedientemente, começa a cavar, mas rapidamente descobre que não está fora do buraco. Então você tenta cavar cada vez mais rápido. Mas você

ainda está no buraco. Então você tenta dar grandes cavadas ou pequenas ou jogar a terra para longe ou não. Mas mesmo assim você está no buraco. Todo este esforço e trabalho e o buraco só fica maior e maior. Não é esta a sua experiência? Então você veio me ver, " talvez ele tenha uma enorme pá, uma pá especial". Bem, eu não tenho. E mesmo que eu tivesse, eu não usaria, porque cavar não é uma saída do buraco, cavar é o que faz os buracos. Então talvez todo o programa de trabalho seja desesperançoso. Você não pode cavar a sua saída, isto só aumenta o buraco.

Você não está errado, mas a mudança que você quer é impossível

A regra de eventos mentais: quanto menos você quer pensar ou sentir, mais você pensa e sente

O que você já tentou? Como tem trabalhado? O que isso te custou?

Tentar novamente controlar seus sentimentos, é perder o controle da sua vida.

O que aconteceria se você parasse essa luta? Controle é o problema, não a solução

3 TAREFA DE CASA

- "Nós identificamos o problema hoje, amanhã vamos começar a olhar para o que fazer com a nossa mente. Ao longo desta primeira noite, sua tarefa é observar como sua mente funciona, para ver o que você faz quando seus próprios pensamentos e sentimentos difíceis aparecem. Basta tentar prestar atenção ao que você, naturalmente, faz com as coisas difíceis que aparecem. Qual é o seu relacionamento com elas? Eu não quero que você faça alguma coisa diferente com ele, apenas pare, assista e observe o que acontece. "

APÊNDICE B: Escrevendo sobre falhas do passado

- Lembre-se de falhas ou de quando você se sentiu envergonhado de suas ações. Que memórias vêm à mente?
- Como foi experimentar este fracasso ou vergonha?
- Como é lembrar este fracasso ou vergonha agora?

Lembre-se, escreva seus pensamentos e sentimentos mais profundos.

SESSÃO 3

Materiais utilizados: Crachás, canetas, lápis, marcadores de quadro branco e equipamento de áudio.

Objetivos:

- 1 Ensinar uma distância saudável e o não julgamento da consciência.
- 2 Exercícios sobre a fusão do *self* e da linguagem.

Preparação para o grupo:

Tentar manter a ligação destes exercícios com o estigma e com a metáfora do passageiro de ônibus.

Coloque a seguinte citação no quadro branco: "Há um campo além do pensamento certo e errado. Eu te encontro lá." Jallaludin Rum

1 REORIENTAÇÃO PARA O GRUPO

Princípios Gerais: Reorientar os participantes para o que está sendo feito neste grupo, e nestas sessões e reconectá-los com este grupo. Ajude-os a se concentrar no momento presente e na preparação para o trabalho.

A) Boas vindas aos participantes.

Retomar a “Tarefa de Casa”: O que vocês observaram do funcionamento da mente? Como fluem seus pensamentos negativos?

Agradecer-lhes o trabalho árduo e a vontade de entrar em contato com questões dolorosas no grupo anterior e durante a semana.

OBS: Seja específico quando possível. Note, por exemplo, o quão importante é quando o paciente sente e discute seus sentimentos que não tinham valor e como isso faz diferença em sua aparência.

- Diga-lhes que o interesse em tê-los em contato com o material doloroso é devido ao estigma e que a nossa tendência é observar o nosso próprio material doloroso,

identificá-lo como perigoso e, em seguida, afastar / evitá-lo. Nós gastamos muito tempo na vida tentando nos envolver em esforços para se certificar de que estas coisas se manterão escondidas ou silenciadas.

- Use exemplos de seu grupo aqui. Por exemplo, se foi notado um movimento de evasão no grupo anterior, observe isto. Ou perceba como é desconfortável não entender completamente o que está acontecendo.
- Convide os participantes a compartilhar algumas reações do último grupo e deste exercício (tente manter durante 15 min.).

B) Retomando o controle é o problema, não a solução

Metáfora Passageiros no ônibus (anexo)

Princípios gerais: Esta metáfora é base deste protocolo, e está referenciada várias vezes ao longo da terapia. Recomenda-se lançar difíceis pensamentos, sentimentos e memórias que aparecem por todo o grupo como "passageiros" no ônibus da pessoa.

"Neste tratamento, vamos dar-lhe tempo para realmente se concentrar em seus objetivos ou no que é importante para você, o que está na frente de seu ônibus. Também incidiremos sobre os passageiros ... toda a sua história, tudo o que você já fez / pensou / ouviu / sentiu. "

- Identificar alguns dos seus passageiros (pensamentos/sentimentos).
 - Exemplo: você é um perdedor, você sempre falhará, você nunca vai ser amado, etc.).
- Peça-lhes para identificar o passageiro que está mais distante, no banheiro, ou atrás de uma cortina;
- Peça-lhes para identificar o passageiro que tenha tanto controle que eles podem fazer você se virar em outra direção;
- Tente experimentar uma relação diferente entre você e seus passageiros, de modo que o seu ônibus, em que todos vocês juntos, são bem vindos e podem ir para onde você valoriza ir na vida.

C) Exercícios de meditação

- Comece colocando os dois pés no chão e fique em uma posição confortável. (pausa) Agora você pode fechar os olhos, se você se sentir confortável fazendo-o ou ponha a mão sobre eles.
- Conscientize-se de como realmente se sente ao estar sentado nesta cadeira. Sinta exatamente onde a cadeira toca em você e você toca a cadeira. Mentalmente reveja a forma como seu corpo se sente, seus tornozelos, pernas (pausa), (pausa) ombros, (pausa) braços, (pausa) mãos, (pausa) pescoço (pausa).
- Imagine que há uma bolha em torno de seu corpo. Dentro dessa bolha estão todos os seus pensamentos, sensações, sentimentos e memórias. Tome um momento para estar ciente de tudo o que acontece dentro dessa bolha. Lembre-se da **metáfora do ônibus** que foi falada anteriormente. Observe que você tem muitos passageiros em seu ônibus, você tem muitos pensamentos e sentimentos. Mesmo agora você está tendo pensamentos e sentimentos.
- Veja se você pode ter um segundo para ver quais passageiros estão lá. Quais sentimentos você está tendo agora? (pausa). Veja se você pode reconhecer quaisquer sentimentos que estão lá agora. Quais pensamentos você está tendo? Apenas observe cada um, e passe para o próximo (pausa).
- Agora expanda essa bolha como um balão até que ela cubra todo o cômodo. Observe que, além de todos os seus pensamentos e sentimentos, seus passageiros, temos XX pessoas com todas as suas questões também. Veja se ele pode passar o resto deste tratamento com todo mundo e seus passageiros. Eles são como você, eles têm passageiros.
- Agora, observe que todos nós temos nossos pés no mesmo andar. Há XX pessoas compartilhando o mesmo espaço. Como uma metáfora, deixe o piso ser um símbolo do que nós compartilhamos, do quão difícil é estar nesta situação humana. Estamos compartilhando este espaço e estamos conectados.
- OK, então quando voltarmos, observe a tendência a assumir uma máscara e fingir, como costumamos fazer. Mas, também lembre-se que cada um é um ser humano com valores profundamente acalentados e que desejam ou não desejam os passageiros.
- E com essa imagem do que gostaria de compartilhar em um espaço comum, vamos avançar com um senso de conexão e a intenção comum para torná-lo algo novo possível aqui.

SESSÃO 4:

Objetivos:

- 1- Extinguir a fusão do self e da linguagem;
- 2- Promover a desliteralização e aceitação.

1 REORIENTAÇÃO PARA O GRUPO

Princípios Gerais: Reorientar os participantes para o que está sendo feito neste grupo, e nestas sessões e reconectá-los com este grupo. Ajude-os a se concentrar no momento presente e na preparação para o trabalho.

2 INTRODUÇÃO A DESFUSÃO

Princípios gerais: Use uma linguagem do senso comum e uma metáfora para introduzir o conceito de desfusão e proporcionar experiências iniciais, como abrir mão da linguagem literal.

A) Relembre aos participantes sobre a metáfora do ônibus

- O objetivo é olhar para o relacionamento com esses passageiros do ônibus e ver se não há alguma outra maneira de estar com eles.
- Traga vários exemplos de estigma internalizado e da vergonha do estigma listando exercícios a partir do primeiro grupo (tarjetas de cartolina).

B) Introduzir a metáfora da bolha sobre a cabeça (quando você vê o mundo através destes pensamentos, o mundo é definido por eles).

C) Exercício do Leite, leite, leite

- Pronunciar a palavra leite e perguntar aos participantes qual pensamento têm a partir da palavra (explorar os pensamentos);
- Terapeuta solicita que o participante repita a palavra durante 1 minuto;
- “Palavras são apenas sons”;
- Repetir o exercício baseado em um pensamento estigmatizante.

Peça ao participante para expressar um pensamento estigmatizante; reduza isso a uma palavra; Oriente-o a repeti-la durante 1 minuto.

Explique o que aconteceu, como as funções desapareceram e apenas um som permaneceu.

“Você vai deixar sua vida ser empurrada para baixo por causa disto?”

D) O pressuposto cultural de controle versus a alternativa de aceitação

Princípios gerais: Ajude os participantes a diferenciar entre o uso de controle externo (o mundo) versus controle interno (pensamentos, sentimentos, sensações, etc.)

- Discuta a diferença entre controlar nosso interior e controlar o que se passa fora;
- Estamos apresentando uma alternativa para suprimir seus pensamentos, sentimentos e emoções: desenvolver a consciência das próprias reações desagradáveis e aprender a dar espaço a elas. E quanto a ser mais dispostos a sentir os seus sentimentos sobre a sua situação e fazer escolhas em sua vida com base no que funciona, não apenas o que as pessoas lhe dizem.
- Discuta como é fácil para adicionar novo conteúdo mental e como é difícil removê-lo uma vez que crescido.

E) Prática experimental com Desfusão e Aceitação

Princípios gerais: Os terapeutas podem escolher entre vários exercícios potenciais diferentes descritos abaixo. Tente utilizar conteúdos relativos ao estigma internalizado e à vergonha.

Dramatização da metáfora do ônibus:

- Conduzir a dramatização em 4 rodadas- o terapeuta fica próximo ao motorista do ônibus para auxiliá-lo.
- **1º rodada:** dramatização da luta contra os passageiros
Passageiros tentam desviar o motorista da rota até que o terapeuta solicite que sentem;
O terapeuta dialoga com o motorista: “Cada um dos passageiros vai vir para cima de você. Deixe-os dizer o que querem dizer e reconheça-os. Quem são essas pessoas no ônibus?”

Eles são os seus pensamentos e sentimentos? Eles são a sua história? O que você quer dizer para eles? O que você quer fazer com eles?"

Observação: *“Normalmente, o cliente diz algo como: “Eu quero eles fora do ônibus.”*

Terapeuta: "Alguma vez você já tentou jogá-los fora do ônibus? Por que você não tenta? "

Os passageiros, em seguida, são encaminhados para se revezarem em pé na frente do motorista. Cada passageiro pergunta "onde você está indo?" O motorista é treinado para afirmar o seu objetivo, por exemplo, "eu quero ser uma pessoa melhor", “ eu quero ficar junto à minha família”. O passageiro diz, por exemplo, "você não pode, você é um viciado ... ", o terapeuta lhes permite argumentar um pouco e, em seguida, traz o próximo passageiro até que o motorista tenha argumentado com todos os passageiros. Depois que o motorista tenha argumentado com todos os passageiros, o terapeuta questiona:

"Como é que isso funciona? Como é isso para você?"

- **2º rodada:** Deixando a luta de lado

São dadas as mesmas instruções aos passageiros;

O motorista é treinado para responder à pergunta sobre onde eles estão indo, mas não se envolver na discussão. Em vez disso, é treinado a olhar apenas suavemente cada passageiro nos olhos e tocar cada passageiro no ombro. O passageiro, em seguida, se senta.

- **3º rodada:** Dirigindo o ônibus

Os passageiros são redirecionados para trás do motorista e treinados a colocar as mãos sobre o motorista e gritar os seus argumentos para ele / ela.

Terapeuta pede ao motorista "Você ainda está interessado em seguir esta direção? Você estaria disposto a fazer isso com todos os passageiros? "O motorista é treinado a caminhar lentamente em direção a seu valor com as mãos de todos os passageiros em suas costas.

Discuta com o motorista do ônibus sobre a experiência:

“Como foi?” “Qual a diferença entre a parte da luta e da aceitação?”

Discuta com os passageiros: “Como foi ser o passageiro do ônibus?”

Opcional: “Joe-Bum” (Vídeo “Joe- Bum”

<https://www.youtube.com/watch?v=D31AVOMUWc4> p 91-92)

Encerramento: Tabuleiro de Xadrez - somos o tabuleiro que contém diferentes peças. Se assumirmos a posição de apenas uma das peças estaremos sempre em luta, tentando ganhar. Se

assumirmos a posição do tabuleiro, os pensamentos e sentimentos (peças) fazem parte de nós, mas essa luta interna não faz mais sentido!

3 ENCERRAMENTO DA SESSÃO

1- Você pode se sentir um pouco confuso ou atordoado, isso é normal, basta notá-lo e estar com ele.

2- Exercício pós- sessão: prestar atenção na condução de seus pensamentos.

ANEXO: Metáfora Passageiros no ônibus (desliteralização)

" É como se há um ônibus e você é o motorista. Você sabe o quão na frente do ônibus há uma placa que diz para onde o ônibus está sendo guiado? Bem, nesta placa estão seus valores, onde você mais deseja ir no melhor dos mundos. Os passageiros são pensamentos, sentimentos, estados corporais, memórias e outros aspectos da experiência. Como você tem viajado pela vida, você pegou alguns passageiros. Alguns deles são como velhos amigos que você gosta e que senta perto de você. Talvez este é o pensamento: "Eu sou uma boa pessoa ", ou a sensação de contentamento. Alguns deles são assustadores, eles estão vestidos em jaquetas de couro pretas e eles têm canivetes. (Neste ponto, destacam alguns dos passageiros que já foram mencionados na sala, especialmente estigma internalizado). O que acontece é que você está dirigindo e os passageiros começam a ameaçar você, dizendo que você tem que fazer, onde você tem que ir. "Você tem que virar à esquerda ", " você tem que ir para a direita ", etc. A ameaça que eles têm sobre você é que, se você não fizer o que eles dizem, eles vão vir para cima da parte de trás do ônibus. Então você faz acordos com esses passageiros, e o acordo é: " Você se senta na parte de trás do ônibus e se abaixem para que eu não possa vê-los muitas vezes, e eu vou fazer o que vocês dizem, direitinho". Ainda há alguns passageiros na parte de trás, trancados no banheiro, o mesmo está muito escuro e assustador que você mal sabe os seus nomes, apenas que eles ameaçam poder pegar o controle do ônibus. Agora, se algum dia você ficar cansado disso e dizer, "Eu não gosto disso! Eu vou jogar essas pessoas para fora do ônibus!". Você para o ônibus, e retoma o acordo com os passageiros mal encarados. Exceto se você notar que a primeira coisa que você tinha que fazer era parar. Observe agora, você

não está dirigindo para lugar algum, você apenas está lidando com esses passageiros. E mais, eles são realmente fortes. Eles não têm a intenção de sair, e você briga com eles, mas eles simplesmente não saem. Eventualmente, você volta para aplacar os passageiros, para tentar fazê-los se assentarem na parte de trás onde você não consiga vê-los. O problema com esse acordo é que, em troca, você faz o que eles pedem em troca de tê-los fora da sua vida. Muito em breve, eles sequer vão ter que lhe dizer, “vire à esquerda”— você sabe de acordo com que você se aproxima da curva para a esquerda que os passageiros vão rastejar em cima de você. Eventualmente, você pode ficar bom o suficiente que você pode quase fingir que eles não estão no ônibus realmente, você apenas diz para você mesmo que esquerda é a única direção que você quer virar. No entanto, quando eles eventualmente aparecerem, é com o poder acrescentado dos acordos que você fez com eles no passado. Agora, o truque sobre a coisa toda é esta: o poder que os passageiros têm sobre você é 100% baseado nisto: “Se você não fizer o que nós dizemos, nós vamos vir pra cima e nós vamos fazer você olhar para a gente”. É isso aí. É verdade que, quando eles vêm para cima, parece que eles poderiam fazer muito mais. Eles têm facas, correntes, etc. Parece que você poderia ser destruído. O acordo que você faz é fazer o que eles dizem então eles não vão aparecer e ficar próximo de você e fazer você olhar para eles. O motorista (você) tem controle do ônibus, mas você trocou o controle nesses acordos secretos com os passageiros. Em outras palavras, tentando obter controle, você na verdade desistiu do controle. Agora observe que, apesar de seus passageiros afirmarem que podem destruí-lo se você não virar à esquerda, isso realmente nunca aconteceu. Estes passageiros não podem fazer você fazer algo contra sua vontade. O terapeuta pode continuar a aludir à metáfora do ônibus durante todo o trabalho de desliteralização. Perguntas como: "Qual passageiro está ameaçando você agora?" pode ajudar a reorientar o cliente que está praticando a evitação emocional na sessão.

SESSÃO 5

Princípios Gerais: Experimentação de conteúdos internos sobre o engajamento no tratamento e que podem interferir com o seu tratamento, usando o máximo de ajuda para alcançar seus objetivos. Eles estão resistentes com os terapeutas? Será que eles se comparam a outros membros do grupo? Um tema principal poderia ser o que fica entre você e tirar o máximo proveito do seu tempo aqui, em busca de se aproximar de seus valores.

Material Necessário: As tags de nome, canetas / lápis, pincéis de quadro branco, folhas de perguntas de vida (ver Anexo C), equipamento de áudio.

Objetivos: 1) Verificar as reações do grupo e se preparar para o trabalho nesta sessão 2) Discutir quais são os valores do grupo

1 PREPARAÇÃO PARA A SESSÃO

Escreva a seguinte citação no quadro branco: "A coragem é apenas o acúmulo de muitos pequenos passos." George Konrad

A) Exercício de meditação:

Fazer algum tipo de exercício central, incluindo os elementos:

- Metáfora do ônibus. Tente incluir peças do que alguns deles podem ter sentido a partir do último grupo, vamos olhar para o que está na frente do ônibus hoje;
- Questione aos participantes se pretendem fazer uma real diferença neste último grupo;
- No final, inclua na frase escrita no quadro a frase "hoje é mais uma oportunidade para um novo começo, um grande despertar. Hoje é um outro momento para se sentir mais saturado, preso pela desesperança, de estar com raiva ou medo. Neste grupo, reconhecemos que o progresso e regressão são parte da condição humana. Em qualquer situação, muitas vezes é melhor estarmos juntos do que sozinhos."

B) Relembrar o último encontro

Discutir sobre como quando eles estão presos, fixados em algo, isso os puxa para longe do que realmente importa para eles.

- Questionar: Eles têm notado que o que a sua "mente" lhes diz pode estar atrapalhando a retirar o máximo proveito do tratamento?

2. DOMÍNIO DE AUTO AVALIAÇÕES NEGATIVAS NO CRACHÁ

- Distribua etiquetas em branco e caneta;
- Terapeuta: "Esse exercício é a parte de ter julgamentos e avaliações sobre nós mesmos e sobre o que pensamos a respeito de nós mesmos."

- Agora, gostaria que vocês colocassem algo que vocês normalmente não dizem às pessoas sobre si mesmos. Algo que se vocês pudessem mudar, você o faria.
- Solicite que coloquem o crachá no peito.
- Não fale sobre isso durante 10- 20 minutos;
- Basta que o participante se assente e perceba como se sente com aquele crachá;
- Reconheça que este é um exercício arriscado em um grupo e permite que eles tenham qualquer reação.
- Leia outros crachás, mas não fale sobre o conteúdo deles.
- Incentive-os a não explicar o que está em seu crachá, para não justificá-lo.

- **Primeiro passo:** Diga aos participantes que irá pedir que se dividam em pares, mas para não fazer antes da orientação do terapeuta.

- Explique que o objetivo não é ser confortável, mas aprender a ser confortável com seu desconforto.

Superficialmente, o intuito do exercício é olhar para outra pessoa. Num nível mais profundo, trata-se de perceber as coisas que surgem e se interpõem entre você e a outra pessoa. Vão surgir pensamentos, sentimentos, sensações corporais, e seu trabalho é deixá-los ir e vir como as folhas. E basta olhar para a pessoa na frente de você, sem comunicação, sem falar. E o terapeuta falará durante o tempo e apenas iremos em silêncio por este processo por cerca de cinco minutos.

Peça-lhes para não começar até que todos estejam organizados.

- **Segundo passo:** Coloque-os em pares, frente a frente, com os joelhos tocando sua cadeira. Mencione que é susceptível que alguns participantes se sintam desconfortáveis, pois é mais perto do que a distância social habitual.

- **Terceiro passo:** Quando todos estão sentados e tranquilos, peça-os para apenas olhar nos olhos da outra pessoa. Diga: “Quando você olha para os olhos uns dos outros, basta notar a sua própria mente e o que ela está fazendo. Deixe de lado o que sua mente está

fazendo, e veja se você pode apenas estar presente com este outro ser humano através de você por alguns minutos.”

- **Quarto passo:** Após cerca de um minuto, o terapeuta diz:

Além disso, em algum momento no próximo minuto ou adiante, dê uma olhada no crachá que a pessoa sentada em frente a você tem em seu peito. Observe o que vem para você, como você percebe o que eles escreveram. Note que eles também estão lendo o seu crachá.

Esta pessoa tem lutas, tem maneiras pelas quais ela julga a si mesma e se encontra em falta. Veja se você pode deixar-se permanecer com esse fato. Existe alguma coisa que esta pessoa precisa fazer para ser melhor a seus olhos? Você pode deixar essa pessoa vê-lo, simplesmente assistir você.

- **Quinto passo:** Após cerca de dois minutos ou mais, peça aos participantes para parar o exercício e voltar para o círculo.

- **Sexto passo:** Discussão - perguntas possíveis:

Quantas pessoas tinham um desejo de falar, ou tranquilizar?

Isto só faz sentido no contexto de valores, de como se conectar com as pessoas. A única coisa que dignifica este exercício é que está além de algo mais do que um exercício simples. É uma forma de conexão humana.

Nota: Normalmente, alguns participantes irão notar que o rótulo não parecia muito importante para eles, especialmente quando estavam mais em contato com a pessoa. Diga algo como: “Note que estamos avaliando-as, colocando metaforicamente etiquetas sobre eles, e faltando sua humanidade.”

SESSÃO 6

Objetivos: 1) ajudar os participantes a esclarecerem seus valores, especificamente em relação ao tratamento; 2) Dar aos participantes uma oportunidade de reconhecer a sua evitação no passado, identificar os objetivos e intenções, e fazer um compromisso público com uma nova direção.

1 INTRODUZINDO VALORES E AJUDANDO OS PARTICIPANTES AO CONTATO COM VALORES FUNDAMENTAIS.

Princípios Gerais: O foco desta seção é para especificar melhor quais são os valores e, em seguida, ajudar os participantes a identificar e se conectarem com seus valores mais centrais. Os terapeutas também devem tentar incluir um foco no tratamento e recuperação de valores relatados.

“Queremos ajudá-lo a fazer a pergunta "o que importa para você em sua vida ... o que você valoriza e que você estima acima de tudo? E o que fica no caminho de vocês caminhando nessa direção? ”

“Gostaríamos de pedir para olhar profundamente em sua vida e observar com clareza o que você valoriza e estima muito. Perceba os pensamentos, sentimentos ou lembranças dolorosas que podem estar no caminho do que você espera viver. ”

A) Oriente os participantes para o tópico de valores "Queremos passar um tempo hoje ajudando você a pensar sobre o que realmente importa para você. O que realmente importa para você." Lembre-os de que os valores dão sentido ao motivo pelo qual podemos estar dispostos a entrar em contato com sentimentos, pensamentos e sensações difíceis. B) *Distinguish values as a direction vs. a goal o define direction versus goals.* Valores que você não pode possuir como objeto, valores são uma qualidade de uma ação em desdobramento. Nessas duas horas, queremos descobrir o que “oeste” é para nós. Para que possamos sair da sala um pouco diferentes de como entramos. "Você já se perguntou como seria sua vida se seu vício e seus medos não o controlassem? Como seria a vida? O que você faria está fazendo? É nisso que queremos nos concentrar hoje.

A) Metáfora da lápide

- Convide as pessoas a pensar sobre o que eles gostariam de escrever em sua lápide.
- Observe, o seu epitáfio ainda não foi escrito. Que inscrição que capta a essência de sua vida, você gostaria de ver escrito nele? Este não é realmente um exercício hipotético.
- Pelo o quê você vai ser lembrado? O que define sua vida é o que você faz agora, a partir deste dia em diante, por exemplo: “*João (nome fictício)*, finalmente, parou de usar drogas. Ou Aqui jaz xxx, ele superou o álcool”.

- O que significa se as pessoas não mencionarem esses tipos de coisas nas suas lápides? Você também não vê as coisas como "xx tinha um carro muito rápido" ou "morreu XX, que tinha mais de um milhão de dólares."
- Será que há algo maior do que esses objetivos que é mais importante? Talvez tenhamos de olhar para o que a sua sobriedade é para você, o que você faria com ela, você pode manter isso?
- Cada dia é um dia para se mover em direção aos seus valores e levar os seus pensamentos e sentimentos dolorosos com você. De certa forma, nós escrevemos o nosso próprio epitáfio pelas escolhas que fazemos todos os dias e as ações que tomamos. Então, o que você quer em seu epitáfio?
- Se necessário: Em um dia comum, você pode querer conseguir ser livre de dor, ou stress, ou para conseguir um emprego, ser promovido, comprar alguma coisa... mas em sua lápide o que você quer? "ele viveu sem stress?" "Ela conseguiu que seu namorado não a deixasse?" Ou será que você quer ... "amava a vida", "amava sua família", "ajudou outras pessoas", etc.?

2 AJUDAR OS PARTICIPANTES A IDENTIFICAR AÇÕES QUE SE ALINHAM COM OS SEUS VALORES, DEFINIR INTENÇÕES PARA AÇÕES FUTURAS E FAZER COMPROMISSOS

Princípios Gerais: O foco desta seção é duplo: 1) os participantes ajudam a traduzir as suas direções gerais mais valorizadas em objetivos e ações concretas. 2) fazer um compromisso com a ação que se alinha com a maioria dos seus valores centrais. Os terapeutas também devem tentar incluir um foco no tratamento e recuperação de valores relacionados.

A) Complete as folhas de valores (ver anexo)

- Rever as perguntas e trabalhar através delas com um voluntário. Em seguida, convide outros voluntários para trabalhar através das folhas por conta própria, usando papel e caneta.
- O mediador deve sugerir que o uso de álcool e outras drogas não é o único obstáculo em seu caminho

- Se não houver tempo suficiente para o stand-up e fechar o exercício, você pode convidá-los a de maneira mais informal afirmar os valores e ações que eles estão pretendendo agir.

B) Matriz de Valores



1 - Pense em algo que você quer muito que aconteça. Se isso acontecesse você então seria feliz. Por que?

Pense como você estaria se isso estivesse acontecendo.

2 - Quando essa situação não ocorre, como você se sente?

3 - O que você faz quando isso não acontece?

4 - Se essa situação ocorresse, o que você faria? O que você faria para manter essa situação?

Fechamento

Questionário de perguntas de vida/valores

Estou disposto a ter os meus pensamentos, sentimentos, memórias e sensações, plenamente e sem defesa - como elas são e não como o que eles dizem que são - e fazer o que me leva na direção do que eu realmente valorizo nesta área da minha vida?

ÁREA 1: (Escolher alguma área da vida que parece ser a mais importante, como por exemplo Trabalho). Nesta área, o que eu mais quero ser é:

As barreiras dentro de mim mesmo para avançar nessa direção (ou seja, os passageiros que são difíceis), são:

O que eu tenho feito com essas barreiras é (que não está funcionando em termos de meus valores):

O que isso tem me custado é:

O que vou fazer a partir daqui é:

ÁREA 2: Compromisso com o tratamento

Engajamento no tratamento: o que eu quero com meu tratamento (ex: onde eu quero que o ônibus vá):

As barreiras dentro de mim mesmo para avançar nessa direção (ou seja, o que têm sido difícil):

O que eu tenho feito com essas barreiras é (que não está funcionando em termos de meus valores):

O que isso tem me custado é:

Se você achou isso útil, você pode querer responder a essas mesmas perguntas mais tarde em relação a outras áreas de sua vida, tais como: saúde, espiritualidade, relacionamentos íntimos, amigos, família, envolvimento da comunidade, jogo educação, emprego.

ANEXO IV – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	Roteiro de Observação Sistemática Workshop: Estigma em relação aos usuários de Álcool e outras Drogas: estratégias do Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACT)	 CENTRO DE PESQUISA, INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO EM ALCOOL E OUTRAS DROGAS
--	--	---

1ª SESSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO (quantidade de participantes presentes, nome do serviço):

DATA: ___/___/___

LOCAL (ambiente que será realizado a sessão): _____

HORÁRIO DE INÍCIO: h min.

1. Apresentação das mediadoras, dos participantes e contrato: Duração: h min.

1.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

1.1.1. SIM 1.1.2. NÃO

1.2. O mediador utilizou a abordagem centrada na pessoa (uso da 1ª pessoa) e explicou por que esse trabalho tem sido importante em sua vida, promovendo um ambiente acolhedor?

1.2.1. SIM 1.2.2. NÃO

Observações:

2. Definição de Estigma Social:

Duração: h min.

2.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

2.1.1. SIM 2.1.2. NÃO

2.2. O estigma social foi definido de maneira compartilhada, envolvendo os participantes?

2.2.1. SIM 2.2.2. NÃO

Observações:

3. Definição de Estigma Internalizado:

Duração: h min.

3.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

3.1.1. SIM 3.1.2. NÃO

3.2. Foi realizada uma explicação sobre como é difícil desvincular o estigma do que realmente somos para uma disposição de entendimento livre de julgamento?

3.2.1. SIM 3.2.2. NÃO

Observações:

**Roteiro de Observação Sistemática**
Workshop: Estigma em relação aos usuários de Alcool e outras Drogas:
estratégias do
Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACT)

**CREPEIA**
CENTRO DE REFERÊNCIA EM POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓPRIA DE JUIZ DE FORA

HORÁRIO DE TÉRMINO: h min. - **DURAÇÃO DA SESSÃO:** h min.

Observações gerais da 1ª sessão:

1ª SESSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO (quantidade de participantes presentes, nome do serviço):

DATA: ___/___/___

LOCAL (ambiente que será realizado a sessão): _____

HORÁRIO DE INÍCIO: h min.

4. Ensinar o modelo de psicopatologia da ACT:

Duração: h min.

4.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

4.1.1. SIM 4.1.2. NÃO

4.2. Exercício: Ao longo do seu crescimento

4.2.1. Os participantes responderam a cada uma das perguntas mostrando entendimento sobre suas emoções e a maneira da lidar com elas?

4.2.1. SIM 4.2.2. NÃO

Observações:

5. Mentar como detectores de perigos:

Duração: h min.

5.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

5.1.1. SIM 5.1.2. NÃO

5.2. O estigma social foi definido de maneira compartilhada, envolvendo os participantes?

5.2.1. SIM 5.2.2. NÃO

Observações:

6. Definição de Estigma Internalizado:

Duração: h min.

6.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

6.1.1. SIM 6.1.2. NÃO

6.2. Foi realizada uma explicação sobre como é difícil desvincular o estigma do que realmente somos para uma disposição de entendimento livre de julgamento?

6.2.1. SIM 6.2.2. NÃO

Observações:

**UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

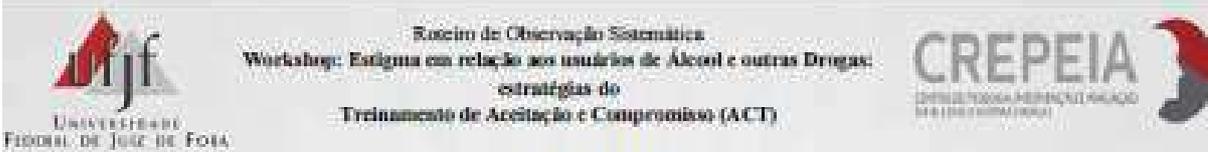
Roteiro de Observação Sistemática
Workshop: Estigma em relação aos usuários de Alcool e outras Drogas:
estratégias de
Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACT)

CREPEIA
CENTRO DE PESQUISA E PREVENÇÃO
EM ESTUDOS COMUNITÁRIOS



HORÁRIO DE TÉRMINO: h min. - **DURAÇÃO DA SESSÃO:** h min.

Observações gerais da 2ª sessão:



Roteiro de Observação Sistemática
 Workshop: Entigma em relação aos usuários de Álcool e outras Drogas:
 estratégias de
 Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACT)

3ª SESSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO (quantidade de participantes presentes, nome do serviço):

DATA: __/__/__

LOCAL (ambiente que será realizado a sessão): _____

HORÁRIO DE INÍCIO: h min.

7. Metáfora Passageiros no ônibus:

Duração: h min.

7.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

7.1.1. SIM 7.1.2. NÃO

7.2. Os participantes, no geral, conseguiram identificar os passageiros que possuem mais controle?

7.2.1. SIM 7.2.2. NÃO

7.2. Os participantes, ao final do exercício, demonstraram conseguir conviver com todos os pensamentos?

7.2.1. SIM 7.2.2. NÃO

Observações:

8. Meditação:

Duração: h min.

8.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

8.1.1. SIM 8.1.2. NÃO

8.2. Os participantes, no geral, ficaram concentrados?

8.2.1. SIM 8.2.2. NÃO

Observações:

HORÁRIO DE TÉRMINO: h min. - DURAÇÃO DA SESSÃO: h min.



Roteiro de Observação Sistemática
Workshop: Estigma em relação aos usuários de Alcool e outras Drogas:
estratégias do
Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACT)



Observações gerais da 3ª sessão:

4ª SESSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO (quantidade de participantes presentes, nome do serviço):

DATA: __/__/__

LOCAL (ambiente que será realizado a sessão): _____

HORÁRIO DE INÍCIO: h min.

9. Introdução à desfução:

Duração: h min.

9.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

9.1.1 SIM 9.1.2 NÃO

9.2. Os participantes, no geral, demonstraram entendimento sobre a proposta de desfução?

9.2.1 SIM 9.2.2 NÃO

Observações:

10. Metáfora Bolha sobre a Cabeça:

Duração: h min.

10.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

10.1.1 SIM 10.1.2 NÃO

10.2. Os participantes, no geral, demonstraram entender a proposta de que os pensamentos influenciam a visão de mundo?

10.2.1 SIM 10.2.2 NÃO

Observações:

11. Exercício Leite, leite + palavra escolhida:

Duração: h min.

11.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

11.1.1 SIM 11.1.2 NÃO

11.2. Os participantes, no geral, demonstraram compreender que palavras são apenas sons?

11.2.1 SIM 11.2.2 NÃO

Observações:

12. Controle X Aceitação:

Duração: h min.

12.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

12.1.1. SIM 12.1.2. NÃO

12.2. Os participantes, no geral, conseguiram entender a diferença entre controlar o interior e controlar o que se passa fora?

12.2.1. SIM 12.2.2. NÃO

Observações:

13. Exercício Dramatização da Metáfora do Ônibus:

Duração: h min.

13.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

13.1.1. SIM 13.1.2. NÃO

13.2. Os participantes, no geral, conseguiram entender a importância da aceitação?

13.2.1. SIM 13.2.2. NÃO

Observações:

HORARIO DE TÉRMINO: h min. - DURAÇÃO DA SESSÃO: h min.

Observações gerais da 4ª sessão:

5ª SESSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO (quantidade de participantes presentes, nome do serviço):

DATA: ___/___/___

LOCAL (ambiente que será realizado a sessão): _____

HORÁRIO DE INÍCIO: h min.

14. Exercício de Meditação:

Duração: h min.

14.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

14.1.1. SIM 14.1.2. NÃO

1.2. Os participantes, no geral, experienciaram seus conteúdos internos, principalmente em relação ao tratamento?

14.2.1. SIM 14.2.2. NÃO

Observações:

15. Domínio de auto-avaliações negativas no crachá:

Duração: h min.

15.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

15.1.1. SIM 15.1.2. NÃO

15.2. Os participantes, no geral, conseguiram identificar qual seria uma possível barreira para o tratamento, diante dos rótulos impostos?

15.2.1. SIM 15.2.2. NÃO

15.3. Foram discutidos quais seriam os valores do grupo?

15.3.1. SIM 15.3.2. NÃO

Observações:

HORÁRIO DE TÉRMINO: h min. - DURAÇÃO DA SESSÃO: h min.



UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Roteiro de Observação Sistemática
Workshop: Estigma em relação aos usuários de Alcool e outras Drogas:
estratégias de
Treinamento de Aceitação e Compromisso (ACT)



CREPEIA
CENTRO DE REFERÊNCIA EM POLÍTICAS DE
PREVENÇÃO E CONTROLE DE USO DE
ÁLCOL E OUTRAS DROGAS

Observações gerais da 5ª sessão:

6ª SESSÃO

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO (quantidade de participantes presentes, nome do serviço):

DATA: __/__/__

LOCAL (ambiente que será realizado a sessão): _____

HORÁRIO DE INÍCIO: h min.

16. Valores:

Duração: h min.

A) Metáfora da Lápide:

16.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

16.1.1 SIM 16.1.2 NÃO

16.2. Os participantes, no geral, conseguiram esclarecer seus valores, principalmente em relação ao tratamento?

16.2.1 SIM 16.2.2 NÃO

Observações:

17. Ações alinhadas aos valores:

Duração: h min.

17.1. A atividade foi cumprida adequadamente?

17.1.1 SIM 17.1.2 NÃO

17.2. Os participantes, no geral, reconheceram sua situação no passado?

17.2.1 SIM 17.2.2 NÃO

17.3. Os participantes, no geral, identificaram seus objetivos e intenções futuras, principalmente em relação ao tratamento?

17.3.1 SIM 17.3.2 NÃO

Observações:

HORÁRIO DE TÉRMINO: h min. - DURAÇÃO DA SESSÃO: h min.

