



ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,
PESQUISA E EXTENSÃO

8° ENEPE UFGD • 5° EPEX UEMS

TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Carolina Campos Borges¹; Jéssica de Souza Hossotani²; Mary Cristina Olimpio Pinheiro³

UFGD/FCH- Caixa Postal 533, 79.804-970- Dourados – MS, ¹E-mail: carolinacambor@gmail.com Professora Dr. do curso de Psicologia da UFGD e Orientadora do Estágio Específico em Psicologia da Saúde I e II, ²E-mail: jessicahossotani@hotmail Acadêmica de psicologia da UFGD; ³E-mail: mary.c.pinheiro@hotmail Acadêmica de psicologia da UFGD.

RESUMO

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, foram promovidas diversas mudanças no campo da Saúde Mental, entre as quais destaca-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço destinado a pacientes com transtornos mentais crônicos. Nesse contexto, foi criado o CAPSad, específico para os cuidados de sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, marcando o início de um novo olhar sobre o cuidado a esses sujeitos, antes delegados a instituições privadas ou religiosas. Esse público passou a ser inserido em um programa de reabilitação situado no âmbito das novas políticas em Saúde Mental. Este trabalho discute os benefícios do Treino de Habilidades Sociais, a partir da atuação junto a usuários do CAPSad de Dourados (MS), no estágio em Saúde Mental. O objetivo de se exercitar as Habilidades Sociais é parte de uma tentativa de ajustamento de comportamentos que contribui para que esses usuários do CAPSad se insiram de forma mais assertiva na comunidade, assim como se distanciem de uma recaída, que é causada em sua grande maioria por fatores de conflitos interpessoais, frustrações e emoções negativas causadas por uma tomada de decisão muitas vezes inadequada no cotidiano; desta forma acreditamos que trabalhar habilidades sociais com esta população seja também uma forma de contribuir para o fortalecimento no tratamento.

Palavras chave: Habilidades Sociais; Dependência Química; Reabilitação Psicossocial.

INTRODUÇÃO

O funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ainda são atividades recentes tendo em vista toda trajetória das mudanças adquiridas a partir da Luta Antimanicomial. Com isso é importante que sempre sejam pensadas propostas que façam com que os usuários dos serviços dos CAPS, estejam cada vez mais inseridos na sociedade, não sendo pacientes isolados como antes. Desta forma, este trabalho pretende mostrar uma proposta de Treino de Habilidades Sociais, especificamente para um CAPSad, como estratégia do paciente já ir se conscientizando para melhor reinserção em seu meio social, pensando em uma vida futura sem o vício.

O surgimento do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), como dispositivo de assistência das redes de serviços em Saúde Mental, se deu em consequência do movimento da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial. Segundo a publicação do texto Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde (2005), os serviços de atenção à saúde mental compõe uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, integradas ao SUS nos anos 1990. Essa rede, que engloba os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, é essencialmente pública, com base municipal e com o controle social fiscalizador e gestor. O propósito que se tem é que esta rede de serviços seja substitutiva dos hospitais psiquiátricos e que os usuários desses serviços sejam autônomos e protagonistas de seus tratamentos.

Com o resultado da expansão dos serviços em saúde mental, foram desenvolvidos CAPS de diferentes modalidades, conforme a especificidade da população atendida. Segundo a publicação Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde (2005) os CAPS devem ser diferenciados pelo seu porte, capacidade de atendimento, tipo de pacientes atendidos e ainda de acordo com “o perfil populacional dos municípios brasileiros”. Tendo-se assim os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad.

Anteriormente à consolidação dessa rede de assistência e à criação do CAPS ad, a atenção a usuários de álcool e drogas não estava inscrita na saúde pública:

“Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública [...] A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência” (Ministério da Saúde, 2005, pág.40).

Claro que as instituições que existiam cumpriam de certa forma seu papel no tratamento das dependências químicas. Porém, faltava uma maior organização e ação pública que resultasse em ações também eficientes. Foi somente em 2002, que a questão do álcool e das drogas começou a ser associada à saúde pública, à partir das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Foi quando o Ministério da Saúde passou a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas que o uso prejudicial de substâncias foi associado ao campo de saúde mental e teve ampliado “o acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos” (Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde, 2005, pág.41).

O CAPS ad é um centro de atenção psicossocial destinado especificamente a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas. Este tipo de serviço só pode se estabelecer em cidades com mais de 200.000 habitantes, ou que estejam localizadas em áreas ou cenários epidemiológicos que precisem desse serviço, como por exemplo municípios de fronteiras ou que estejam em uma rota de tráfico de drogas. Deve funcionar cinco dias úteis da semana e nele devem ser realizados acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe de profissionais responsáveis deve ser composta por pelo menos 13 profissionais de nível médio ou superior.

O CAPSad de Dourados

O CAPSad de Dourados (MS) foi fundado no ano de 2004. Diariamente, são realizadas diferentes atividades a serem realizadas pelos pacientes. Não há um único plano de intervenção para todos os pacientes, de modo que cada paciente segue uma escala de atividades criada diferencialmente para eles. Os usuários do serviço são

concebidos seres singulares, de modo que, para cada caso, é estabelecida uma estratégia de intervenção diferente.

No Capsad, trabalha-se a perspectiva da redução de danos através de atividades que levem o sujeito a pensar em alternativas que substituam o vício em álcool ou drogas. Além de receberem atendimentos individuais com psicólogos, médicos psiquiatras e enfermeiros, eles participam de oficinas com as terapeutas ocupacionais, confeccionando artesanatos como pinturas em tela, abajures, caixas para bijuterias, porta lápis e também da horta com a ajuda de uma psicóloga. O que eles plantam ali é usado na cozinha e, geralmente na sexta-feira, está estabelecido que se pode levar as verduras pra casa.

Há ainda a oportunidade de participarem de três grupos diferentes: um, em que se trabalha, juntamente com o psiquiatra, a importância do tratamento e entendimento dos medicamentos utilizados; outro, de Prevenção à Recaída, com a psicóloga; e o terceiro, também junto à psicóloga, de treinamento de habilidades sociais, no qual trabalha-se para ampliar certas habilidades que os ajudem no convívio social,. Esse último, do qual participamos durante duas meses, tem como foco a preparação para o futuro, de modo que os pacientes possam começar a pensar em como serão suas vidas depois que deixarem o CAPSAd.

Esses grupos cumprem um importante papel na atenção dada às necessidades de cada paciente. Além de um espaço terapêutico, é também um espaço aberto à possibilidade de sanar suas dúvidas, falar sobre as dificuldades do tratamento com pessoas que também estão passando pelo mesmo processo e até criar um vínculo entre os próprios usuários.

Treinamento de Habilidades Sociais

O Treino de Habilidades Sociais, geralmente usado com crianças e adolescentes, tem o objetivo de exercitar classes de habilidades, as quais vão ajudar o indivíduo a melhor se ajustar à sociedade. Segundo Pereira (2011), “o desenvolvimento de habilidades sociais significa ter capacidade para resolver problemas interpessoais que possam surgir” (pág. 4). A ideia de se trabalhar habilidades sociais em um dos grupos no CAPS ad se deu a partir da observação de que muitos dos pacientes que frequentam o serviço têm uma dificuldade no repertório de inserção e socialização na sociedade.

O plano de dinâmicas de habilidades sociais que desenvolvemos foi estabelecido a partir das técnicas usadas por de Del Prette e Del Prette (2005). Aplicamos no CAPSad as sete classes de habilidades sociais propostas por eles. São elas: autocontrole e expressividade emocional; empatia; assertividade; habilidade de civilidade; habilidade de fazer amizades; habilidade de solução de problemas interpessoais; e habilidades sociais acadêmicas.

Segundo Del Prette e Del Prette (2005), a habilidade de autocontrole e expressividade emocional condiz com o sujeito conseguir reconhecer e identificar suas próprias emoções, assim como as emoções de outras pessoas. Dessa forma, ela deve ser capaz de falar sobre seus sentimentos e conseguir entendê-los. A empatia refere-se à capacidade do sujeito se colocar no lugar do outro, sendo capaz de entender os sentimentos alheios e dar um suporte afetivo a essa pessoa. A assertividade é a habilidade de conseguir afirmar os próprios direitos além de expressar suas ações e crenças sem atingir ou ofender as outras pessoas.

A habilidade de civilidade é definida por Del Prette e Del Prette (2005) como “expressão comportamental das regras mínimas de relacionamento aceitas e/ou valorizadas em uma determinada subcultura”. Ou seja, refere-se à aquisição de comportamentos que façam o sujeito conviver bem em sociedade. A habilidade de fazer amizades engloba comportamentos como: apresentar-se; cumprimentar; receber e fazer elogios; oferecer e aceitar ajuda; iniciar e conseguir manter uma conversação. Entre outras que contribuam para relações sociais.

A habilidade denominada solução de problemas interpessoais, segundo Del Prette e Del Prette (2005), consiste em ter atitudes afirmativas, que levem a um bom relacionamento na resolução de problemas nas relações sociais, como manter a calma, pensar antes de agir, avaliar o processo de tomada de decisões, além de saber identificar e nomear tipos de problemas. Já na classe de habilidades sociais acadêmicas, o adulto deve ser capaz de conseguir reproduzir comportamentos como: receber e seguir regras; fazer e responder perguntas; esperar sua vez de falar; cooperar; atender pedidos; ser participativo.

É importante ressaltar que nenhuma classe de habilidades sociais é trabalhada isoladamente. Elas, de alguma forma, se relacionam e se completam. Dessa forma, por mais que classifiquemos alguma dinâmica em alguma classe, ela também reforça a aprendizagem das demais.

Recaídas e Treinamento de Habilidades Sociais no CAPSad

Conforme Soares (2007), recaída é “uma falha na tentativa de parar ou diminuir o consumo de drogas, seja ela lícita ou ilícita, ou apenas o fracasso ao tentar atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido” (pág. 35). O primeiro contato com o álcool após um período de abstinência é considerado um “deslize”. Esse deslize pode fazer com que ele tenha uma recaída, que seria um consumo a longo prazo ou fazer com que após o consumo, o mesmo volte a aderir o tratamento com mais eficiência. Para se afirmar que o sujeito teve uma recaída é necessário que ele esteja a pelo menos dois meses sem fazer uso da substância (Álvarez, 2007).

A recaída faz parte do processo de tratamento. Ela pode ter um efeito positivo no tratamento, “a partir do momento que o dependente percebe que é portador de uma doença crônica” (Burchele; Marcattr; Rabelo, 2004, pag.234). Desse modo, quando compreende sua situação, ele começa a abandonar a crença de que, por ter permanecido um período sem fazer uso da substância, já estaria completamente recuperado. Essa crença é perigosa na medida em que o indivíduo deixa de evitar situações que se constituem em fatores de risco.

Quando se fala em fatores de risco, estamos falando de situações que colocam o indivíduo em tratamento diante de situações que os induzirão a consumir a droga. Estes fatores podem ser de ordem interna - isto é, emocional - ou externa - relativa à influência do meio social em que ele está inserido.

Segundo Knapp et al., Llama et al.(1994,2003 apud ALVAREZ, 2007, p.189), existem cinco grandes fatores que são considerados de risco á recaída: 1) Fatores derivados de emoções negativas - este fator é considerado como aquele que leva o indivíduo a ter o primeiro ato de consumo, estas emoções podem ser: ansiedade, depressão, culpa entre outros; 2) Fatores derivados da pressão social - são aqueles momentos em que a pessoa se vê induzida por amigos a consumir a droga, como, por exemplo, quando se encontra em situações em que a mesma esta presente, como receber visitas domiciliar ou frequentar casas de pessoas próximas que consomem drogas ou frequentar festas em todos oferecem drogas; 3) Dificuldade da pessoa lidar com situações de difícil manejo como: se deparar com uma notícia ruim, término de relacionamentos amorosos e desentendimentos familiares; 4) Dificuldades psicológicas

e físicas como: dificuldades sexuais, ansiedade, doenças sentimento de solidão, insônia entre outros; e 5) Dificuldade de suportar os sintomas da abstinência à substância.

Para Marlatt e Gordon (1980 apud Álvarez, 2007, p.189) dentre os fatores de riscos que levam à recaída há uma distinção importante a ser feita: a de determinantes imediatos e de antecedentes ocultos. O primeiro diz respeito aos estados considerados de alto risco, que são eles: conflitos interpessoais e emoções negativas, e a pressão social que são aquelas mediadas pelo meio em que o indivíduo está inserido. Já os antecedentes ocultos, estão ligados ao tipo de vida que o indivíduo possui, seus mecanismos de afrontamento e suas crenças, as quais determinarão a forma com que o sujeito irá enfrentar os fatores de alto risco mencionados acima. Desta forma, um indivíduo que possui um mecanismo de afrontamento mais debilitado terá uma percepção diferenciada daquele que possui mecanismos mais rígidos diante dos acontecimentos de alto risco.

Podemos perceber que, em sua grande maioria, as frustrações, conflitos interpessoais e, principalmente, as emoções negativas, estão muito presente nos fatores principais que levam a uma recaída. Entendemos, então, que, uma falha nas principais categorias de Habilidades Sociais podem expor os pacientes em situações cotidianas onde não conseguem se portar de forma assertiva, gerando uma série de consequências negativas; e, conseqüentemente, os colocando vulneráveis a uma recaída.

É comum, no discurso dos usuários, a dificuldade de se relacionarem com a família que se apresenta tão debilitada com os acontecimentos relacionados ao vício, assim como não sentem interesse em entrar em contato com os amigos antigos, que em sua grande maioria estão direta, ou indiretamente relacionadas às substâncias químicas das quais eles tentam se livrar neste momento de tratamento. E conseqüentemente há também um grande medo e resistência em se relacionar com uma nova rede social, não apenas pelo preconceito que encontram, mas também por não se acharem capazes de ter algo positivo a oferecer.

Diante de todos estes fatores, surgiu o interesse de se trabalhar Habilidades Sociais com pacientes do CAPSad na cidade de Dourados-MS, de uma forma adaptada à realidade e às demandas em que eles estão inseridos. A principal fonte de conflito mencionada pelos pacientes sempre está em torno do seio familiar. Sabendo que a família é de extrema importância na recuperação destes pacientes muitas das dinâmicas realizadas foram adaptadas para que as habilidades fossem mais reforçadas no convívio diário e em pequenas coisas dentro da própria casa dos

participantes do grupo e especificamente na manutenção da relação dos mesmos com os familiares com que dividiam a moradia.

Segundo Mazuca e Sardinha (1999), quanto maior for a compreensão dos familiares durante o tratamento, mais favorável se torna o ambiente para que o indivíduo consiga se manter no processo de abstinência, uma vez que a ausência deste envolvimento pode se tornar um fator de risco, ou seja, a ausência de apoio e conforto familiar gera sentimentos ruins de insegurança e solidão que, como já mencionamos anteriormente, os fará ir em busca dos efeitos positivos do álcool para camuflar as angústias.

Os autores ainda ressaltam a importância de não confundir apoio familiar com a “paternalização” da relação, que diz respeito ao fato de “dar colo” às atitudes de dependência do alcoolista, reforçando seus comportamentos inadequados e, assim, levando-o, cada vez mais, a adoecer. O correto e adequado nesse processo é incluir e aceitar o indivíduo no seio familiar, apoiar o tratamento e ajuda-lo a se manter em abstinência.

Um dos principais objetivos do CAPSad é que os paciente se recuperem e voltem mais aptos para uma reinserção social. E nada mais adequado do que um treino de Habilidades Sociais que não só os ajude a se distanciar dos fatores que os levam a ter recaídas, mas também a manter hábitos mais assertivos em seu cotidiano e na relação com os demais. E diante destas demandas e necessidades é que nasce o grupo de Habilidades Sociais do CAPSad de Dourados-MS, cuja experiência iremos aqui relatar.

MATERIAL E MÉTODOS

A discussão sobre o uso do Treinamento de Habilidades Sociais no tratamento de dependência química é fruto de nossa experiência em um estágio realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad) da cidade de Dourados-MS durante dois meses no ano de 2014. Logo no início do estágio, fomos incumbidas de participar de uma atividade de grupo onde eram trabalhadas as habilidades sociais dos pacientes. O grupo era coordenado pela psicóloga da instituição e ocorria semanalmente, com duração de uma hora. A partir do momento da nossa chegada, passou a ser de nossa responsabilidade elaborar as dinâmicas pautadas em alguma das categorias de Habilidades Sociais e auxiliar a psicóloga no manejo do grupo.

Esse grupo era dividido em dois: um para as mulheres, composto por 3 pacientes; e outro para os homens, composto por cerca de 20 pacientes. Esta divisão foi necessária, pois a psicóloga relatou que as mulheres não se sentiam a vontade para falar sobre alguns assuntos com os homens.

Esses dois grupos eram compostos por pacientes selecionados pela psicóloga, seguindo o critério de terem boa condição cognitiva, o que lhes permitiriam entender melhor a função da atividade. Os participantes deveriam seguir algumas regras básicas, como, por exemplo, não poder faltar sem justificativa e manter sigilo sobre o que fosse discutido no grupo. Os conteúdos íntimos expressos no grupo eram sigilosos e, caso o sigilo fosse quebrado, a pessoa que o fez seria expulsa do grupo. Era reforçado que os pacientes não falassem de sua doença, de suas perdas e do uso de drogas, pois haviam outros grupos na instituição onde deveriam trabalhar estas demandas. Ficou estabelecido que nós, estagiárias, e a psicóloga não apenas conduziríamos, mas também participaríamos da dinâmica.

O objetivo do grupo era trabalhar as Habilidades Sociais reforçando-as, para um preparo de se inserir na sociedade de uma forma onde a relação com os demais fosse mais satisfatória, onde novos vínculos pudessem ser estabelecidos e novos conflitos pudessem ser resolvidos de formas mais assertivas, evitando maiores frustrações e recaídas. Este é um fator que considerado de grande acréscimo no tratamento dos mesmos. Por diversas vezes foi dito no grupo que o ideal do grupo é trabalhar aquilo que há de bom em cada um para oferecer para nós e para sociedade daqui para frente, e não apenas pensar na doença.

Foram realizadas, ao todo, dez atividades de grupo com este propósito. As dinâmicas preparadas por nós eram de acordo com as classes de habilidades sociais que ainda não haviam sido trabalhadas no grupo. A primeira categoria trabalhada foi referente à habilidade “fazer amizades”, onde confeccionamos placas de cartolina que poderiam ser penduradas no pescoço por um barbante, onde continha um adjetivo positivo escrito. Um por um, cada participante, retirou de uma sacola uma dessas placas que conteriam uma qualidade e teria que apresentar um de seus colegas do grupo que acreditasse ser merecedor daquele adjetivo e justificar sua escolha. Posteriormente realizamos um debate trabalhando os aspectos como: como é bom o exercício de elogiar o outro; como é bom que os outros enxerguem nossas qualidades; e também a capacidade de se oferecer algo bom em uma relação.

Outra dinâmica aplicada tinha o objetivo de trabalhar a “habilidade de civilidade”, ou seja, fazer com que eles percebessem a importância de no convívio com outras pessoas utilizarem palavras de cortesia como “obrigado”, “desculpe” entre outras. Assim como a importância que pequenas ações diárias de ajuda no cuidado com o lar têm para o convívio com seus familiares. Dessa forma, nessa dinâmica tínhamos uma caixa com vários papéis que continham situações onde primeiramente um participante retirava um papel, lia e respondia como age naquela situação e depois todos respondiam como agiam até que ao fim realizamos um debate acerca da importância da conduta mais adequada naquela situação, e as consequências de uma conduta certa ou errada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dinâmica das placas causou grande surpresa aos pacientes, pois esses são muito acostumados a falar de si, apenas se referindo a conteúdos negativos e que são relacionados a sua dependência química. Por outro lado, tiveram facilidade em fazer os elogios e justificar a escolha daquele adjetivo que deveria ser entregue ao colega. Em discussão posterior ficou evidente que os mesmos não costumam fazer elogios ou apontar as qualidades do próximo no cotidiano. Isto é derivado da insegurança que possuem ao não acreditarem ser capaz de oferecer algo positivo para construção de vínculos e novas convivências, pois ainda se veem como ex-usuários de drogas, ou ainda usuários em tratamento, “que só causam transtornos”. Um senhor que foi trabalhador a vida toda ficou bastante surpreso e feliz por receber uma placa com a qualidade “trabalhador”, pois, mesmo tendo essa característica, se admirou por perceber que as pessoas do grupo o viam dessa forma.

Considerando o contexto de vida dos usuários de álcool ou drogas, e que ainda estão em tratamento, essa dinâmica foi de grande importância. Percebemos que eles estão sempre acostumados a ser representados por seus defeitos e a dinâmica os lembrou de que também possuem qualidades e algo de bom para oferecer às pessoas com quem convivem, pois além de suas qualidades também possuem a capacidade de elogiar e agradecer, aspecto pouco exercido por eles.

Essa dinâmica também foi aplicada no grupo das mulheres, as quais não ficaram tão surpresas quanto os homens, mas bastante contentes em exercitar que também possuem algo bom a oferecer. A partir de cada qualidade recebida sempre

surgiam discussões acerca daquela qualidade que envolvia uma história contada pelas pacientes sobre algo que confirmasse que elas realmente tinham tais características.

Na dinâmica de “civildade”, são alguns exemplos de situações escritas em papéis que foram distribuídos para os participantes: “você tem o costume de pedir desculpas quando faz algo errado?”; “você fala bom-dia/boa tarde/boa noite ao chegar encontrar com pessoas quando chega em algum lugar?”; “você enche a garrafa de água após usar e ver que está quase vazia?”; “você ajuda em alguma atividade doméstica na sua casa?”. Ao realizarmos a dinâmica percebemos o quanto essas pequenas atividades de reflexão sobre essas questões eram importantes para eles, pois respondiam a verdade e muitos se davam conta de que realmente não faziam algumas coisas que, se mudadas, poderiam ajudar muito no convívio com a família e amigos. Percebemos que esse dia foi bem reflexivo para eles. Por isso, repetimos essa dinâmica por mais uma semana. Um paciente nos relatou que tentou lavar a louça para tentar ajudar em casa, o que nos deixou bem contentes pela visualização da eficiência do que foi aplicado.

Para os pacientes, era muito difícil se enxergarem como capazes de exercerem uma função mais ativa em questões simples como “limpar algo que você sujou”; e em discussão ficou evidente que isto era devido ao fato de sempre terem sido tratados pelos familiares como “o doente e incapaz” fazendo com que todos se responsabilizassem por eles em seus afazeres cotidianos e instalando comportamentos onde os mesmos não agradeciam, pediam licença ou desculpa, ou tomavam iniciativas em fazer uma atividade doméstica pois tudo estava atrelado a incapacidade e a doença.

Esta dinâmica foi evidentemente tocante para eles que acabaram se espantando com a própria realidade e muitos disseram ser necessário modificar suas posturas. Em discussão foi reforçada a capacidade de todos ali se responsabilizarem e terem uma postura mais adequada diante de pequenas situações, uma vez que a confiança na própria capacidade fosse instalada seria mais fácil que os familiares os enxergassem como alguém capaz e o sujeito fora da doença.

Foi discutido também a importância que uma postura mais ativa possui no dia a dia em convívio com seus familiares, uma vez que relataram o quanto uma postura pouco colaborativa foi por muitas vezes motivo de conflitos e desavenças com seus familiares. Como já foi dito, estes tipos de conflitos os coloca muito próximo a uma recaída, desta forma, uma pequena mudança de postura pode acarretar inúmeros efeitos positivos ao convívio e conseqüentemente fortalece o tratamento dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho que realizamos no CAPSad, aqui relatado, foi uma pequena experiência de dois meses, porém o grupo continua e as habilidades sociais ainda serão trabalhadas ao longo do ano. A partir da prática pudemos entender que, esse é um treino que necessita de bastante atenção e que os resultados surgem e são percebidos aos poucos, porém, a partir dele entendemos a importância das habilidades no cotidiano desses pacientes, e como o treino está sendo importante para eles. A adesão dos mesmos ao grupo, que sempre se mostravam dispostos a rever e modificar hábitos para a melhora de seu tratamento, nos reforça a pensar sobre a importância de manter este tipo de atividade dentro da instituição.

O grupo de habilidades sociais, adaptado à realidade e demanda dos pacientes do CAPSad, veio a somar e fortalecer as demais formas de intervenção que estes pacientes já recebiam na instituição. Foi uma ideia inovadora que se distinguiu do que se fazia habitualmente. Por isso, como não estavam habituados, no início foi difícil para eles se desvincularem da antiga imagem que construíram sobre si, onde eram sempre doentes, incapazes do qual não havia mais um sujeito, mas apenas perdas e vícios.

Como um dos objetivos era justamente pensar em algo para além do vício e para um futuro convívio sem o CAPSad, ou seja, em uma perspectiva de futuro de como ser daqui para frente, muitos pacientes se mostravam resistentes, e queriam sempre falar do passado de suas perdas e de sua angústia de não conseguir imaginar algo mais positivo. De início, as demandas relacionadas a estes tipos de angustias eram acolhidas, mas reforçávamos a necessidade de os pacientes se pautarem no presente e no futuro, e entenderem que o grupo se tratava de uma construção pensada a longo prazo, onde as habilidades principais seriam trabalhadas favorecendo desta forma o cotidiano e o tratamento de todos.

À medida que as dinâmicas foram se mostrando mais relacionadas ao cotidiano e principalmente os desafios que todos ali vivenciavam diariamente dos quais sempre reclamavam não saberem manejar estas situações; foi mais fácil a aceitação dos mesmos, que por fim sempre se mostravam dispostos a fazer uma reflexão sincera sobre seus próprios erros e acertos diários. E principalmente a demonstrar desejo de serem mais assertivos em todos os aspectos, mais tolerantes e principalmente capazes de enfrentar situações diferentemente do discurso inicial onde muitos diziam se esquivar e procurar não solucionar problemas, criando acúmulos de emoções negativas e distanciando de

um convívio sincero e amigável com seus familiares, que são peças de extrema importância em seu tratamento.

Era muito comum que nas semanas seguintes aos treinos de determinadas habilidades os pacientes relatassem terem feito o esforço de uma mudança quando se deparavam com situações discutidas no grupo, nem sempre a mudança era mágica e instantânea, afinal estamos falando de sujeitos comuns que possuem certos hábitos; mas apenas a tentativa já nos demonstra o quanto eles haviam feito uma reflexão crítica acerca do assunto.

Através do relato de toda a experiência obtida, é importante reforçar a ideia de que os CAPS ainda estão construindo uma nova história para a Saúde Mental, no tratamento dos usuários de drogas e álcool e pessoas com transtornos mentais, dessa forma é importante que atividades como esta, do grupo de habilidades sociais, sejam pensadas e testadas. Assim é possível que se possa perceber, o que melhor funciona e acrescenta para o bem estar e zelo pela saúde mental desses pacientes. Contribuindo cada vez mais para construirmos um tratamento mais digno e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Armando M. Alonso. Fatores de Risco Que favorecem a recaída no alcoolismo. **Jornal brasileiro de psiquiatria.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, de 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 de setembro de 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006>.

BUCHELE, Fátima; MARCATR, Michelle; ASSIS, Cleber Raquel. Dependência química e prevenção à “recaída”. *Texto & Contexto Enfermagem.*, Florianópolis-SC, vol.13, numero 002 de 2004.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE Z. A. P. *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática.* Petrópolis: Vozes, 2005.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. *Habilidades sociais: Conceitos e campo teórico-prático.* Texto online, disponibilizado em <http://www.rihs.ufscar.br>, em dezembro de 2006.

MAZUCA, Karina Pereira Pinho & SARDINHA, Luis Sérgio. Dependência Do Álcool: A Importância da família no tratamento e na prevenção da recaída. Faculdade Católica de Uberlândia , Uberlândia, 1999.

PEREIRA, F. A. da Silva. Relato de experiência em grupo de treinamento de habilidades sociais com jovens adultos do CAPS e UBS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Especialização em Psicologia Clínica, ênfase em Terapia Cognitivo-Comportamental. 2011.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

SOARES, Janaina da Rocha. Prevenção da recaída: motivos do alcoolista/ Janaina da Rocha Soares - Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2009.