

PRATICAS MEDITATIVAS E O TRATAMENTO TERAPEUTICO OCUPACIONAL DO TRANSTORNO RELACIONADO AO USO DE SUBSTANCIAS*

MEDITATIVE PRACTICES AND THE OCCUPATIONAL THERAPEUTIC TREATMENT OF SUBSTANCE USE TRANSTORN

Priscila Antunes de Oliveira Paes¹; Maria Tereza Soratto²

RESUMO

Esse estudo objetiva demonstrar a utilização de práticas meditativas e o tratamento terapêutico ocupacional do transtorno por uso de substâncias. Pesquisa de revisão bibliográfica através das bases de dados google acadêmico, scielo, lilacs, BVS, medline. Técnicas meditativas como *mindfulness* (atenção plena) e yoga podem contribuir no autocontrole, regulação emocional, prevenção a recaída e mudança de estilo de vida de usuários de substâncias; e podem ser parte do tratamento realizado pelo terapeuta ocupacional enquanto possibilidade de promoção de saúde, auto cuidado, treino de habilidades de vida diária, auto regulação emocional e gerenciamento do estresse, visando à melhora do desempenho ocupacional e qualidade de vida. Dessa forma pode-se concluir que somado a outras intervenções as práticas meditativas são eficazes e cabíveis de serem utilizadas em diversos contextos possibilitando ao indivíduo em tratamento pelo transtorno de uso de substância maior autonomia e habilidades de enfrentamento em sua recuperação dentro de uma perspectiva integral de ser humano.

Palavras-chaves: dependência química, meditação, terapia ocupacional

ABSTRACT

This study aims to demonstrate the use of meditative practices and the occupational therapeutic treatment of substance use disorders. For this, a bibliographic review research was developed through academic google, scielo, lilacs, BVS, medline and it was verified that meditative techniques such as mindfulness and yoga can contribute to self-control, emotional regulation, relapse prevention And change of lifestyle of substance users; And can be part of the treatment performed by the occupational therapist as a possibility of health promotion, self care, daily life skills training, emotional self regulation and stress management, aiming at improving occupational performance and quality of life. Thus, it can be concluded that in addition to other interventions, meditative practices are effective and can be used in different contexts, enabling the individual undergoing substance use disorder to have greater autonomy and coping skills in their recovery from an integral perspective of human being.

Keywords: Substance-Related Disorders, meditation, occupational therapy

¹ Terapeuta Ocupacional. Pós Graduanda em Saúde Mental. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC

² Enfermeira - Mestre em Educação – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC

INTRODUÇÃO

A Política Nacional Sobre Drogas estabelece de um modo geral diretrizes para prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de usuários de drogas no país, além de estratégias de redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta de drogas, estudos, pesquisas e avaliações¹.

Segundo a comparação do Levantamento Domiciliar de 2001 e 2005, sobre o uso de drogas, realizados pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/ UNIFESP) observa-se o aumento do uso de drogas ilícitas (exceto álcool e tabaco) pela população em geral, de 19,4% para 22,8%, respectivamente; e um aumento de 1,1% de dependentes de álcool e tabaco, entre estes anos, no Brasil. Em 2005, a droga ilícita de maior uso na vida foi a maconha, com 8,8% dos entrevistados. Entre os medicamentos usados sem receita médica os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram uso na vida de 5,6%, 2,3% maior quando comparado a 2001 e porcentagem inferior à verificada nos EUA (8,3%). Em relação à cocaína, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito uso na vida. Em relação aos dados de 2001 (2,3%) houve, portanto, um aumento de 0,6% no número de pessoas utilizando esse derivado de coca¹.

Atualmente, usuários de drogas tem acesso gratuito a serviços de saúde e apoio social em diversos dispositivos como: Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), Casas de Acolhimento, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Dia, Ambulatórios, Consultório na Rua, Abordagem ao Fumante oferecido nas Unidades Básicas de Saúde, Comunidades Terapêuticas, entre outros.

A partir da vivência profissional como terapeuta ocupacional em um CAPS ad observou-se que usuários de droga procuram atendimento apresentando múltiplas demandas biopsicossociais relacionados a dificuldade de estudar e trabalhar, de conviver com a família, de manter moradia e alimentação, de desenvolver um lazer satisfatório, de gerenciar os eventos cotidianos, de ter um sentido para viver, de dar seqüência a tratamento de problemas crônicos de saúde, entre outros.

Sendo este um problema sistêmico, difícil de ser resolver através de saberes fragmentados e ações políticas isoladas², a reabilitação da pessoa com problemas relacionados ao abuso de drogas envolve um trabalho multiprofissional, e o terapeuta ocupacional vem ocupando um importante espaço³.

A terapia ocupacional tem atuado na dependência química principalmente dentro do modelo de Reabilitação Psicossocial, com ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades e construção do cotidiano em sociedade⁴.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) busca oferecer na comunidade práticas e saberes provenientes de medicinas complementares/alternativas na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde^{5,6}.

A Portaria do Ministério da Saúde, de n 849 de 27 de março de 2017, inclui o Yoga e a Meditação, no conjunto da PNPIC, de acordo como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS) para incorporação de Medicinas Tradicionais e Complementares nos sistemas nacionais de saúde⁷.

A meditação e consciência corporal como parte da PNPIC são respaldadas cientificamente como novas possibilidades de assistência, capazes de promover melhora de sintomas físicos e mentais, através da integração corpo e mente, sendo uma abordagem de custo reduzido, tornando o usuário menos dependente de instituições e promovendo saúde⁸.

OBJETIVO

Este trabalho contextualiza a utilização das técnicas meditativas no tratamento do transtorno por uso de substâncias e como o terapeuta ocupacional pode incorporá-la em sua prática profissional enquanto possibilidade de promoção de saúde, auto cuidado, treino de habilidades de vida diária, auto regulação emocional e gerenciamento do estresse, visando à melhora do desempenho ocupacional e qualidade de vida.

Estudo com objetivo de demonstrar a utilização de práticas meditativas e o tratamento terapêutico ocupacional do transtorno por uso de substâncias.

MATERIAL E METODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, qualitativo, desenvolvido a partir de artigos científicos publicados entre 1999 à 2017 indexados na Scielo (Scientific Electronic Library Online); Medline, BVS (Biblioteca Virtual em

Saúde), Lilacs e Google acadêmico a fim de se identificar publicações recentes envolvendo a temática sobre a meditação no tratamento terapêutico ocupacional de dependentes químicos.

Para a localização dos artigos publicados na base de dados utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que relatam o assunto publicado no banco de dados da Scielo (*Scientific Electronic Library Online*); Medline, BVS, Lilacs e Google acadêmico; descritores – palavras-chaves: dependência química, meditação, terapia ocupacional; língua portuguesa, espanhola e inglesa; artigos publicados no período de 1999 a 2017. Foram utilizados livros sobre o assunto, e outros artigos para complementar a discussão.

Os critérios de exclusão foram relacionados aos artigos não disponibilizados na íntegra; artigos repetidos; resenhas; editoriais e dossiês; teses e dissertações; além daqueles que não se enquadravam no ano pesquisado.

O processo de coleta de dados ocorreu de acordo com a seguinte sistematização: a avaliação inicial do material bibliográfico mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto, onde foram totalizados 4117 artigos. A seguir realizou-se a leitura dos artigos selecionados na íntegra, com a seleção final de 18 artigos para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dependência Química

A dependência de substâncias pode ser entendida do ponto de vista neurobiológico como uma alteração cerebral resultante da ação direta e prolongada de uma droga de abuso no encéfalo. Essas alterações são influenciadas por aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais), comportamentais e genéticos do próprio indivíduo⁹, sendo que a dinâmica social atual é produtora de pessoas com insatisfação, ansiedade e baixo auto estima fatores preditores ao abuso de drogas¹⁰.

As drogas ativam um lugar no cérebro denominado: sistema de recompensa. Sendo este ativado quando temos um estímulo prazeroso, havendo como resposta o aumento de dopamina – importante neurotransmissor do SNC

(Sistema Nervoso Central) – e alterando o funcionamento de áreas do cérebro responsáveis por funções cognitivas superiores como controle e sequenciamento das ações, atenção, memória, regulação da atividade cognitiva e emocional, controle do impulso e tomada de decisão⁹.

Quando se estabelece o comportamento aditivo o sistema de processamento emocional (ou impulsivo) é neuronalmente modificado, dificultando sua modulação/ inibição, deixando o indivíduo mais susceptível a pistas ambientais que o estimule ao uso de drogas, e a um comportamento com tendências automáticas; que somente podem ser inibidas quando o indivíduo possui motivação e recursos cognitivos disponíveis¹¹.

Os principais sintomas do uso de drogas incluem o forte desejo de ingerir drogas (*craving*), o auto-controle prejudicado (impulsividade), desregulação emocional (afeto negativo) e aumento da reatividade ao estresse¹². Portanto, apesar dos diferentes tipos de drogas, sua atuação no cérebro ocorre em regiões similares, resultando em alguns padrões de comportamento.

Os principais sistemas de classificação diagnóstica para dependência química encontram-se no CID (Classificação Internacional de Doenças) e DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), fundamentados a partir dos estudos do psiquiatra britânico Griffith Edwards. Ele estabeleceu como critérios diagnóstico para dependência de substâncias psicoativas: compulsão para o consumo, aumento da tolerância, síndrome de abstinência, alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo, relevância do consumo, estreitamento ou empobrecimento do repertório, reinstalação da síndrome de dependência¹³.

Os critérios e padrões comportamentais podem contribuir para estudo, pesquisa, terapêutica e psicoeducação de pacientes e seus familiares, e devem ser contextualizados de acordo com o histórico de vida, cultura, hábitos, ocupações, papéis sociais, crenças e valores, objetivos de vida, entre outros fatores de cada indivíduo, abordando o usuário de substâncias a partir de uma visão integral de ser humano.

Modalidades Terapêuticas em Dependência Química

Segundo Lopes; Cafruni; Brolese¹⁴, as seis modalidades terapêuticas (não farmacológicas) mais utilizadas em pacientes dependentes químicos são: entrevista motivacional, terapia cognitivo comportamental, prevenção à recaída, terapia familiar, programa dos 12 passos e redução de danos.

As terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) tem se apresentando como abordagens eficazes no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos – como o transtorno por uso de substâncias, com diversidade de técnicas eficazes tanto para o alcance como para manutenção da abstinência de usuários de álcool, tabaco, ou substâncias ilícitas¹⁵.

Alguns dos 13 princípios de tratamento eficaz, sugeridas pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA) apontam que um único tratamento não é apropriado para todos os indivíduos; combinar locais de tratamento, intervenção e serviços para os problemas e necessidades de cada indivíduo em particular é indispensável para o sucesso final ao retornar para o funcionamento produtivo na família, local de trabalho e sociedade¹⁶.

Além do mais, estes princípios enfatizam que as terapias individuais, em grupo e em família são essenciais, e a medicação é outro fator importante para o tratamento.

Segundo Witkiewitz et al¹⁷ os tratamentos aplicados com melhor eficácia a longo prazo são aqueles que visam oferecer melhor habilidade de resposta frente a fatores de risco e demandas situacionais, quebrando padrões de *feedback* por exemplo, entre afetos negativo, angustia, estresse e uso de substâncias.

O DSM-V¹⁸ traz que as alterações cerebrais decorrentes do uso de substâncias resultam em alterações comportamentais observadas por constantes recaídas (retorno ao uso pesado de substâncias) e fissura/*craving* (forte desejo de usar substâncias) quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas, sendo as abordagens de longo prazo mais vantajosas para o tratamento dos efeitos persistentes da droga.

Portanto, o indivíduo em tratamento por abuso de substâncias necessita de modelos terapêuticos que melhorem sua capacidade de resposta frente aos afetos negativos, auxiliando na regulação emocional e comportamental decorrente da

cessação do consumo de drogas¹⁹. Veremos como a meditação pode ser um recurso eficaz neste processo.

Meditação

A meditação, o yoga e algumas formas de relaxamento são técnicas do tipo contemplativas – intervenções mente-corpo (*mind-body interventions*)²⁰. Podendo ser entendida como um conjunto de técnicas que treinam a focalização da atenção, sendo capazes de auto-regular o corpo e a mente, através das respostas físicas e psicológicas resultantes, prevenindo e atuando em problemas de saúde, principalmente naqueles decorrentes do estresse²¹.

Vem sendo empregada no âmbito da saúde como prevenção e complemento ao tratamento de diversas patologias como ansiedade, depressão, dor crônica, câncer, dependência de substâncias, agressividade, artrites, fibromialgia, etc²².

As modalidades de Práticas Meditativas

Encontrada em diversas tradições culturais, religiosas e filosóficas, a meditação vem sendo praticada de forma secular, na prática clínica principalmente na psicologia e medicina²².

A meditação pode ser praticada dentro de um contexto religioso-espiritual no qual são transmitidos preceitos filosóficos de uma determinada tradição e/ou inserida no âmbito da saúde na condição técnica de produzir benefícios à saúde física e mental²¹.

Práticas de meditação de um modo geral compreendem você estar em um lugar tranquilo, permanecer em uma posição corporal alinhada, relaxada e confortável (sentado ou deitado), focalizar a atenção da mente em partes do corpo, sensações físicas, na respiração, ou em objetos externos como uma vela acesa, retornando a este foco de atenção caso a mente divague²⁰, cultivando assim um estado de autoconsciência.

Os modelos teóricos sugerem que habilidades, idéias e a prática de autoconsciência aprendidas no yoga e na atenção plena podem atuar como múltiplas

estratégias psicológicas, fisiológicas e comportamentais do abuso de drogas e na recaída. Os modelos teóricos sugerem que habilidades, idéias e a prática de autoconsciência aprendidas no yoga e na atenção plena podem atuar como múltiplas estratégias psicológicas, fisiológicas e comportamentais do abuso de drogas e na recaída²³, portanto **definiremos** estes dois métodos.

Yoga

A meditação é uma prática originada em uma tradição indiana chamada Yoga²⁰. O Yoga é uma das seis escolas da filosofia hindu com o nome de origem sânscrita *yuj*, que significa *unir, integrar, totalizar*²⁴. O yoga tem como objetivo a libertação de condicionamentos convencionais e inconscientes geradores de sofrimento para alcançar a auto realização (*samahi*)²⁵.

Há oito elementos no Yoga que juntos compõem princípios éticos e práticas para viver de forma significativa, com propósito e autodisciplina²³: *yama* (não violência, veracidade, honestidade, não perversão do sexo, desapego), *niyama* (pureza, harmonia, serenidade, alegria, estudo) *ásanas* (posturas corporais de efeitos psicofísicos), *pranayamas* (técnicas para controle da respiração), *pratyhara* (controle das percepções sensoriais orgânicas), *dharana* (concentração), *dhyana* (meditação) e *samadhi*(auto realização)²⁶.

Estudos sugerem que quem pratica *yoga* com uma intenção voltada para espiritualidade obtém melhores resultados com a prática, embora várias pessoas pratiquem *yoga* como exercício físico e usufram de benefícios. A prática das posturas (*ásanas*), prática de meditação (*dhyana*) ou controle da respiração (*pranayama*) podem regular o estresse e a fadiga, através do desenvolvimento da autoconsciência, autocontrole e auto realização²³.

No Brasil, o professor Hermógenes, foi o pioneiro no ensino do yoga e yogaterapia, e em seu livro *Yoga para Nervosos*, direcionou aos médicos a aplicabilidade do yoga na área da psiquiatria²⁷.

Mindfulness

A meditação do tipo *mindfulness* (ou *atenção plena*) vem se destacando como eficaz no tratamento de transtornos mentais, compreendendo um conjunto de técnicas baseadas na meditação budista, nas quais se desenvolve uma forma de atenção e concentração intencional no momento atual livre de julgamentos ou críticas²⁰ permitindo assim, através da tranquilização da mente pela concentração na respiração, a investigação da mente, seus desejos, e emoções² sendo uma instrução da prática, quando perceber um pensamento permiti-lo passar naturalmente, sem criar aversões aos pensamentos e desejos¹⁷.

Práticas Meditativas e Dependência Química

Práticas como meditação, yoga e *mindfulness* voltada para pacientes dependentes químicos tem se demonstrado capazes de auxiliar na superação de estados de estresse através do contato com os conteúdos subjetivos de si mesmo possibilitando a ressignificação de estados compulsivos, aversivos, conflitos e frustrações existentes no cotidiano².

Técnicas de relaxamento vem sendo utilizadas em clinicas para dependência química para controle da ansiedade, bem como a meditação, que tem se demonstrado eficaz na atenuação do estresse, ansiedade entre outros sintomas associados ao uso de substancias²⁸.

A meditação permite usuários de drogas identificarem seus pensamentos, sensações, emoções, e padrões de comportamento apenas como observadores, e conseqüentemente identificar fatores geradores de angustia/ afetos negativos muitas vezes gatilhos para o uso de drogas como forma de compensá-los²⁸.

O uso de drogas pode ser visto como um esforço para evitar um sofrimento seja a nível cognitivo, afetivo e/ou físico. Para tal, o indivíduo pode criar uma preferência por estados para ele positivos e evitar/criar aversão de estados para ele negativos, como por exemplo, buscando uma fuga de sentimentos como a tristeza. A prática de *mindfulness* inclui a observação do *craving* como um fenômeno cognitivo transitório, que pode ser observado sem necessidade de reação ou julgamento¹⁷.

O treino de atenção e a meditação têm sido utilizadas como técnicas complementares aos tratamentos existentes no sentido de melhorar o controle inibitório (autorregulação) do sistema de processamento emocional (ou impulsivo) e logo melhor controle comportamental, facilitando a expressão de comportamentos guiados pelo sistema reflexivo, estimulando maior consciência das ações e menor reatividade aos estímulos visto que tais práticas favorecem o direcionamento da atenção para pistas não relacionadas (condicionadas) as drogas¹¹.

O auto controle prejudicado pelo uso de drogas envolve uma redução da atividade do córtex cingulado (ACC), córtex pre frontal adjacente (mPFC), e outras áreas do cérebro. A meditação pode aumentar as funções das redes de controle, incluindo aquelas que levam a melhora da regulação emocional sendo, portanto, uma abordagem promissora ao vício (tabaco, álcool e cocaína), bem como para outros déficits de auto controle como a obesidade, jogo patológico e uso excessivo de internet¹².

Outro aspecto importante é que tais práticas abrangem aspectos filosóficos e éticos, que podem contribuir na recuperação do indivíduo, como por exemplo, na prática do yoga a observação do princípio da não violência (*ahimsa*), que é o estabelecimento de respeito por todas formas de vida²⁹ inclui a não violência ao próprio corpo durante a prática do yoga respeitando os limites psicofísicos, o que pode gerar a consciência da não violência com o próprio corpo no cotidiano, nas relações interpessoais, e com o meio ambiente³⁰. E este é um fato que foi observado na vivência em CAPS como terapeuta ocupacional, quanto constantemente, os usuários jogavam os restos de cigarro no chão, mesmo com orientações do porque para não fazê-los, e eu pensava dentre outros aspectos inerentes deste público: como desenvolver a consciência ambiental, se não respeitam o próprio corpo emitindo tantas toxinas para dentro dele?.

Outro exemplo é a meditação da bondade amorosa (*metta*) da tradição Theravada, que envolve o direcionamento da atenção para um conjunto de frases que pretende cultivar uma atitude de bondade e amizade consigo mesmo, entes queridos e desconhecidos; e que pode ser útil para indivíduos com história de abuso de substâncias que frequentemente internalizam o estigma social e da família, desenvolvendo autojulgamento, autocrítica e apresentando dificuldade em perdoar conflitos interpessoais decorrentes uso de drogas¹⁹.

Portanto, observa-se o potencial das práticas meditativas na sua capacidade de atuar na neuroplasticidade cerebral seja pelos aspectos físicos da prática como pelos filosóficos e éticos.

Práticas de Meditação na Prevenção a Recaída

A Prevenção a Recaída tem se mostrado uma abordagem importante do tratamento de transtorno de uso de substâncias, visto que favorece a identificação e enfrentamento de situações de risco e a mudança de estilo de vida³¹.

Modelos biopsicossociais propõem que múltiplos fatores podem influenciar na recaída como: predisposição biológica e disfunção neurobiológica (incluindo fissura e resposta ao estresse), saúde psicológica (afetos positivos e negativos/percepção do estresse), aprendizagem social (como auto eficácia) e influências de situações sociais (pressão de pares, falta de apoio social e questões ambientais)¹⁷.

Alan Marlatt, psicólogo canadense, desenvolveu o programa Prevenção a Recaída Baseada em *Mindfulness* (MBRP) que associa a meditação *mindfulness* criada pelo médico norte americano Jon KabatZinn, e o modelo de prevenção à recaída tradicional (PR)¹⁹. Esta prática tem como objetivo promover ao paciente um espaço de reflexão, concentração no presente, observação silenciosa de si, e aceitação da fissura, ansiedade, estresse e sentimentos negativos o que pode resultar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptáveis e efetivas³².

O programa é constituído basicamente de 8 sessões dentre tarefas para serem realizadas em casa: Sessão 1: Piloto Automático e Recaída; Sessão 2: Consciência de Gatilhos e Fissura; Sessão 3: *Mindfulness* na Vida Diária; Sessão 4: *mindfulness* em Situações de Alto Risco; Sessão 5: Aceitação e Ação Habilidosa; Sessão 6: Vendo pensamentos como pensamentos; Sessão 7: Autocuidado e Equilíbrio no Estilo de Vida; Sessão 8: Apoio Social e Prática Contínua¹⁹.

Os exercícios propõem que ao invés de rejeitar as sensações e usar drogas para manejar o desconforto, o indivíduo pode experimentar sensações desconfortáveis e tentar conviver com elas, como na Terapia da Aceitação e do Compromisso (ACT)²⁰, saindo do “piloto automático” e direcionando a atenção para as experiências físicas, emocionais e cognitivas do momento, tanto em situações

gatilhos, quanto na rotina diária, além de incentivar a prática da bondade amorosa e a auto compaixão¹⁷.

Tratamentos baseados na atenção plena podem diminuir a reatividade ao estresse e conseqüentemente a redução e recusa do uso de drogas¹⁷. A perspectiva da plena atenção, aceitação, e relacionamento compassivo sem julgamento são componentes que tem se demonstrado eficazes na diminuição da fissur¹⁷. Níveis de prática doméstica de MBRP durante e após o tratamento sugerem melhores resultados no tratamento da dependência de álcool e outras drogas³³.

As Práticas Meditativas e o Tratamento Terapêutico Ocupacional do Transtorno de uso de substancias

Segundo o DSM-5¹⁸, um dos critérios para transtorno por uso de substancias é o fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar. O indivíduo pode apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo uso de substâncias. Atividades importantes de natureza, social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas – ocorre afastamento da família e de passatempos em detrimento do uso. Outro critério relativo ao âmbito das ocupações, é que em casos mais graves praticamente todas as atividades de vida diária do indivíduo giram em torno da substância.

Crouch³⁴ descreve que o uso de drogas gera impacto nas ocupações: higiene pessoal, negligencia de tarefas domésticas e cuidado com crianças, trabalho (resultando em faltas, acidentes, diminuição da produtividade), queda do desempenho escolar e/ou abandono dos estudos, na capacidade de gerenciar a vida financeira, abandono das atividades de lazer, nas habilidades de se comunicar e manter relações sociais (divórcio, retraimento social), falta de desenvolvimento das ocupações por não usar suas capacidades, não cumprimento de obrigações legais, entre outros.

A terapia ocupacional tem como objeto de estudo e trabalho as ocupações humanas, e interessa-se pelo desempenho ocupacional das pessoas em suas atividades cotidianas: **atividades de vida diária** (AVD's) - higiene pessoal alimentar-se, vestir-se, banho, etc, **atividades instrumentais de vida diária (AIVD's)** - educar uma criança, cuidar de animais, mover-se na comunidade, gerenciar o lar, as finanças

e a saúde; preparar refeições e limpeza, atividades espirituais, fazer compras, etc, **descanso e sono** (descansar, preparar para dormir), **educação** (formal e informal), **trabalho** (busca e aquisição de emprego, desempenho no trabalho, preparação para aposentadoria, voluntariado, etc) **brincar, lazer e participação social** (comunidade, família, pares e amigos); e estuda/avalia fatores que afetam o desempenho: *personais* (valores, crenças e espiritualidade; funções do corpo - cognitivo-perceptuais, sensoriais, músculo esqueléticas, psicobiologias -; estruturas do corpo) e *ambientais*³⁵.

A ocupação compreende tudo que a pessoa faz para se ocupar, criando uma identidade, auto-organização, estrutura temporal, hábitos, rotinas, papéis, volição e significado pessoal³⁶.

As fundamentações filosóficas da terapia ocupacional no tratamento das dependências têm como pressuposto a estruturação das atividades de vida diária, papéis, hábitos e rotina que se encontram prejudicadas pelo consumo de drogas. E neste processo pode-se oferecer ao indivíduo uma possibilidade de encontrar significado para vida no desempenho das ocupações, visto que estas possuem um significado pessoal, social e espiritual, sendo que este último é capaz de valorizar a importância subjetiva de certas ocupações e levar a realização humana, sendo portanto, aspecto relevante nas intervenções¹⁰.

O tratamento de terapia ocupacional para alcoolistas deve incluir sessões breves, terapia cognitivo-comportamental, técnicas motivacionais e programa dos doze passos³⁷.

A terapia ocupacional foca-se na construção e no refinamento de habilidades necessárias para maximizar o desempenho ocupacional e do papel do cliente em reduzir o risco de recidiva. Algumas habilidades que podem ser importantes abordar incluem as seguintes: habilidades para o emprego; planejamento e habilidades de lazer; habilidades de gerenciamento de vida, como gerenciamento de dinheiro e uso do tempo; habilidades de autocuidado, incluindo alimentação e cuidado; desenvolvimento de atividade social incluindo assertividade, habilidades de comunicação e responsividade interpessoal e social, gerenciamento do estresse e habilidades de enfrentamento³⁷.

A terapia ocupacional avalia no desempenho ocupacional do cliente quais habilidades de desempenho ele necessita e possui para suas atividades diárias. As habilidades de desempenho são aspectos chave para a participação ocupacional bem sucedida. As capacidades cognitivas, de regulação emocional e habilidades sociais podem afetar uma resposta eficaz frente às exigências da ocupação³⁵.

Segundo Nogueira e Pereira³, os terapeutas ocupacionais tem utilizados no tratamento de usuários de drogas atividades expressivas, corporais, culturais, produtivas, de estimulação cognitiva, sociais/lazer, psicoeducação, reorganização do cotidiano, entre outras, no tratamento de dependentes químicos, com objetivos de resgatar valores pessoais e sociais, resignificar as atividades cotidianas, expressar sentimentos e conflitos internos, promover auto regulação emocional, inserção social e geração de renda, exercitar novas habilidades sociais entre outros.

Wasmuth et al³⁸ defende a eficácia da terapia baseada na ocupação no tratamento de transtornos aditivos, principalmente no uso de atividades de lazer, educação, trabalho e participação social; sendo uma possibilidade de intervenção do terapeuta ocupacional. A terapia baseada na ocupação, segundo a autora, é definida pelo desempenho de uma ocupação, e não é de uso exclusivo do terapeuta ocupacional. Contudo, esclarece que terapeutas ocupacionais tem usado a terapia baseada na ocupação como uma forma de alcançar os objetivos do seu cliente, como por exemplo, a confecção de um *splinting* (órtese) pelo terapeuta para que seu cliente consiga pintar telas em outro contexto da sua vida.

As terapias baseadas na ocupação tem se demonstrado eficazes por permitir ao cliente construir uma habilidade em tempo real, experimentar novas formas de pensar e agir. Intervenções nas áreas de trabalho e lazer podem oportunizar estas experiências^{36,39}.

Santos; Silva⁴⁰ sugerem para o tratamento de dependentes químicos o uso de atividades, a Abordagem Centrada no Cliente e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). Descreve a abordagem centrada no cliente nas seguintes etapas: **[orientação]** nesta etapa serão fornecidas informações por parte do terapeuta e abordado com o cliente seus preconceitos e dificuldades auxiliando-o quanto a ambivalência e encorajando-o ao tratamento; **[coleta de dados]** realiza-se a coleta de dados da história de vida, evolução dos sinais e sintomas, rotina diária, interesses ocupacionais, estratégias de enfrentamento e suportes; avalia-se os

componentes de desempenho, e pode-se aplicar COPM, na qual é mensurada problemas de desempenho ocupacional sob a percepção do cliente e seu nível de desempenho e satisfação nas mesmas; **[estabelecimento de metas e parceria para alcançá-las]** neste momento é discutido sobre os resultados das avaliações com o cliente, e selecionada pelo mesmo em ordem de importância questões referente a sua performance ocupacional; **[avaliação]** embora os objetivos possam ser modificados conforme os interesses e necessidades do cliente e um momento de reavaliar o processo terapêutico que visa desenvolver e recuperar habilidades, melhorar a performance ocupacional e satisfazer o cliente com seu desempenho.

O tratamento terapêutico ocupacional do dependente químico pode iniciar com sessões individuais, no momento de maior gravidade, e posteriormente ser encaminhado para atendimento em grupo, visto que, a terapia grupal é mais efetiva pela forte implicação social deste transtorno. Sugere-se intervenções de gerenciamento do estresse, role-play, grupos que incentivem atividades produtivas e de lazer (atividades criativas, jardinagem, culinária, esporte, relaxamento, e outros), grupos de psicoeducação (informativos), treino de habilidades sociais, reabilitação para o trabalho, treino de AVD's, entre outros³⁴.

A meditação pode trazer o interesse dos terapeutas ocupacionais enquanto possibilidade de atividade diária/ocupação contemplando sua natureza de auto cuidado, restaurativa mente e corpo como o descanso e o sono, enquanto atividade instrumental de vida diária de gerenciamento e manutenção da saúde, e como possibilidade de participação social quando realizada em grupo; também pela possibilidade de servir como recurso terapêutico sobre componentes do desempenho ocupacional físicos, mentais, sensoriais e sociais do cliente (homeostase fisiológica, treino de habilidades para vida diária, da cognição, regulação emocional, gerenciamento do estresse, etc); e por fim, pela afinidade do profissional com esta atividade.

A meditação e consciência corporal podem ser utilizadas para promover auto cuidado visto que favorecem o contato do indivíduo consigo mesmo e a reflexão das suas necessidades para o seu bem estar. A prática da reeducação da atenção pode influenciar em novas escolhas e visão de mundo para o bem estar pessoal, dos relacionamentos e o ambiente⁸.

Segundo a *American Occupational Therapy Association*³⁵, a ocupação descanso e sono, compreendem a atividades que visam descanso e sono reparador para apoiar a saúde e o envolvimento em outras ocupações. O *descansar* compreende envolver-se em ações tranquilas sem esforços e que interrompam a atividade física e mental, resultando num estado de relaxamento ou outros esforços que restaurem a energia e a calma e renovem o interesse no envolvimento. A preparação para o sono compreende as rotinas para o descanso confortável: grooming (cuidado com corpo, cabelo, unhas e dentes), despir-se, ouvir música, meditar, rezar, dar boa noite ao próximo, bem como preparar o ambiente.

Embora as práticas de meditação não tenham como objetivo primordial dormir e descansar, podem se assemelhar neste âmbito de ocupações por sua característica restaurativa do mente e corpo, e da calma e aplicável em vários momentos e contextos do dia a dia (ex: pode ser feita uma pausa no trabalho para uma breve prática, que pode ter um efeito restaurativo de renovar o interesse na ocupação).

O programa de MBRP contempla ferramentas como planilha de atividades diárias, desenvolvimento de atividades de auto cuidado e estilo de vida, além de incentivar o hábito da prática domiciliar¹⁹ o que é abordado pelo terapeuta ocupacional: organização da rotina, equilíbrio entre as áreas de desempenho como trabalho, descanso e lazer, e que pode ser potencializado pelas práticas meditativas através da autoconsciência das ocupações e do fazer diário.

O terapeuta ocupacional pode realizar uma ativação comportamental através do incentivo e treinamento da atenção (estado de presença) dentro das atividades de vida diária, o que pode ser importante para que o dependente químico reconfigure seu sistema de recompensa para perceber as fontes de prazer contidas nos simples momentos da nossa rotina como: preparar um chá, brincar com uma criança, observar um fim de tarde, tomar um banho, andar descalço na grama, entre outros – atividades estas negligenciadas em detrimento da procura e consumo de drogas, e que precisam ser incentivadas para que o indivíduo resignifique sua rotina e sua vida sem o uso de drogas.

Portanto, o processo terapêutico ocupacional deve permitir ao indivíduo a criação e conexão com as várias possibilidades de experimentar-se⁴⁰ e o terapeuta ocupacional pode ensinar a seus clientes técnicas de meditação, visualização,

relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, para gerenciar o estresse, lidar melhor com a raiva, tristeza e medo sem o auxílio de drogas⁴¹.

A prática pessoal da meditação pelo facilitador (neste caso pelo terapeuta ocupacional) é um fator importante para utilização deste tipo de recurso visto que a experiência pessoal do facilitador poderá ajudar as outras pessoas a lidar com as dificuldades inerentes do processo¹⁹. Atualmente, existem cursos de meditação voltados para profissionais de saúde e afins, retiros, etc. Para utilização do MBRP é necessário curso de formação com escolas credenciadas, e para o Yoga, existem diversas formações no Brasil, dando-se melhor credibilidade aos professores inscritos na Aliança do Yoga.

As atividades meditativas como foi dito requerem um nível de prática e conhecimento por parte do profissional, um espaço físico com poucos estímulos visuais e auditivos externos, temperatura confortável e basicamente materiais como cadeiras, tapetes para yoga, almofadas, som e folhetos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno por uso de substâncias pode causar prejuízos de modo significativo em várias áreas de ocupações e o tratamento terapêutico ocupacional vem somar a outras intervenções neste problema de saúde complexo.

As práticas meditativas desenvolvem uma melhor consciência do momento presente, através das sensações do corpo, respiração e pensamentos, o que pode ser aplicado na rotina diária melhorando o desempenho ocupacional do indivíduo nos vários componentes deste, visto que a meditação pode trazer benefícios no âmbito físico, cognitivo, emocional, e social.

Abordar o tratamento do dependente químico sob a visão de saúde proposta pelas práticas meditativas pode auxiliar a integrar o indivíduo pela aceitação de si mesmo, aspecto comprometido também pelos estigmas sociais/preconceitos; promover autoconsciência e como resultado dela melhorar o bem estar próprio, as relações sociais, estabelecer objetivos de vida e ser participativo em seu meio social.

O uso de drogas pode ter consequências difíceis de lidar, principalmente quando tentam entrar em abstinência (em contato com a realidade), podendo ser gerada uma aversão em lidar com questões do cotidiano, sendo fator de recaída. A

postura de não julgamento proveniente tanto da prática da meditação quanto da postura empática do terapeuta, e importante no processo de reabilitação do dependente químico e na vinculação ao tratamento.

Nesta revisão bibliográfica a principal terapêutica (de meditação) encontrada no tratamento da dependência química baseia-se na meditação *mindfulness* (ou atenção plena), sendo encontrado um único artigo da prática do yoga neste contexto, embora o mesmo coloque que ambas modalidades se assemelham em aspectos práticos e em seus benefícios no tratamento do transtorno por abuso de substâncias²³.

Ainda não há publicações de terapeutas ocupacionais sobre meditação, contudo, sabe-se informalmente que estes profissionais têm utilizado estas práticas. Quanto a atuação na dependência química, Bazzani¹⁰ coloca ser necessário que os terapeutas ocupacionais aprofundem a construção conceitual e produção de conhecimento da ciência ocupacional, evitando que a profissão seja exercida como instrutor de artesanato ou de atividades para ocupar o tempo, voltando sua intervenção para auto-descoberta de um desempenho ocupacional significativo para vida do indivíduo.

Observa-se que as práticas meditativas como o yoga e a atenção plena tem efeito importante para o autocontrole, prevenção a recaída, gerenciamento emocional e mudança de estilo de vida, fatores importantes para bem estar próprio, desempenho satisfatório de ocupações e relações sociais do dependente químico.

Além do mais, pode ser utilizada pelo terapeuta ocupacional permitindo ao indivíduo um ganho de habilidades e benefícios em tempo real, e que pode ser treinada, e aplicada em outros contextos melhorando a auto-eficácia e autonomia para utilizá-las seja enquanto atividade de auto cuidado, de manutenção da saúde, gerenciamento da fissura e do estresse. Ressaltando a necessidade de experiência prática, estudo e formação do profissional para melhor efetividade e condução das práticas meditativas.

Outro fator é a aplicabilidade nos contextos de saúde coletiva para população em geral prevenindo agravos e complementando tratamentos de saúde, o que vem sendo incentivado pela PNPIIC. Conclui-se, portanto, que as práticas meditativas podem ser eficazes e complementares ao tratamento do transtorno por

uso de substâncias sendo uma possibilidade de intervenção no processo de tratamento terapêutico ocupacional.

REFERENCIAS

1. Brasil. Supera: Sistema de Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substancias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Efeitos de Substancias Psicoativas: modulo 2. 11 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2017.

2. Gomes FG. A meditação como recurso de trabalho com a dependência química: uma experiência no Instituto Psiquiátrico Philippe Pinel. Rio de Janeiro: 2012.

3. Nogueira AMN; Pereira AR. Ações de terapeutas ocupacionais na atenção à pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, 2014; 22(2): 285-293.

4. Benetton MJ. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? Rev. Ter. Ocup. Iniv. São Paulo 1993; 4/7:53-58.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. [Acesso 2017 ago 15]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27357131_portaria_n_849_de_27_de_marco_de_2017.aspx

8. Lemos KCV. Meditação baseada em *Mindfulness* o Método Feldenkrais® como Terapias Complementares do SUS: a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares sob perspectiva dos usuários [Tese]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014. 130 p.

9. Brasil. Supera: Sistema de Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substancias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento. O uso de substancias psicoativas no Brasil: modulo 1. 11 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2017.

10. Bazzani LC. La Terapia Ocupacional em elaboradaje de lasadicciones: una revision actualizada. Rev. Chilena TO 2013 dez; 13(2):57-64.

11. Pauker AC, Lopes FM, Menezes CB, Cunha SM, Bizarro L. Processamento Implícito e Dependência Química: Teoria, Avaliação e Perspectivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2013 Jan/Mar; 29(1): 7-14.
12. Tang YY, Tang R, Posner M. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016; 163: S13–S18.
13. Ribeiro M, Rezende EP. Critérios para Diagnostico de Uso Nocivo, Abuso e Dependência de Substancias. In: Zanelatto NA, Laranjeira R[org]. *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais – um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
14. Lopes F, Cafruni KH, Brolese G. Tratamentos Não Farmacológicos para Dependência Química. *Rev. Sociedade Psi. Rio Grande do Sul* 2014 jan/ago; 14(1):10-19.
15. Zanelatto NA, Laranjeira R[org]. *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais – um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
16. Nida – National Institute on Drug Abuse. Os 13 Principios do Tratamento Eficaz. [Acesso 2017 ago 15]. Disponível em: http://www.uniad.org.br/images/stories/arquivos/13_principios_NIDA.pdf.
17. Witkiewitz K, Bowen S, Harrop HN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. *Subst Use Misuse*. 2014 Abr; 49(5):513-24. doi: 10.3109/10826084.2014.891845.
18. DSM-5. American Psychiatric Association. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
19. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Prevenção de Recaída Baseada em Mindfulness para Comportamentos Aditivos – um guia para o clínico*. Rio de Janeiro: Cognitiva, 2015.
20. Vorkapic CF, Range B. *Mindfulness, Yoga e Técnicas Contemplativas: um guia de aplicações e de práticas pessoal para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Cognitiva, 2013.
21. Menezes CB, Dell'aglio DD. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília 2009 jun; 29(2):276-289.
22. Demarzo M. *Meditação aplicada à Saúde [Meditation for Health]*. Promef, 2011, 1-18.

23. MBBS, Surbhi Khanna; GREESO, Jeffrey M. A Narrative Review of Yoga and Mindfulness as Complementary Therapies for Addiction. *Complement Ther Med*. 2013 Jun; 21(3): 244–252. doi:10.1016/j.ctim.2013.01.008.
24. Kupfer P. História do Yoga. Florianópolis: 1999.
25. Feuerstein G. A Tradição do Yoga. São Paulo: Pensamento, 2001.
26. Barros NF, Siegel P, Moura SM, Cavalari TA, Silva LG, Furlanetti MR et al . Yoga e promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2014 abr; 19(4): 1305-1314.
27. Andrade JH. Yoga para Nervosos. 16 ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.
28. Patitucci D. Bioenergética e Meditação Aplicadas no Controle da Ansiedade em Dependentes de Substancias Psicoativas [Monografia]. [Curitiba]: Centro Reichiano de Psicoterapia Corporal, 2011. 50 p.
29. Packer MLG. A Senda do Yoga – filosofia, prática e terapêutica. Blumenau: Nova Letra, 2009.
30. Nunes T. Formação em Yoga – Módulo Bhagavad Gita. Vida de Yoga, 2017.
31. Jungerman FS. Prevenção a Recaída. In: Zanelatto NA, Laranjeira R[org]. O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais – um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.
32. Zanelatto NA. Mindfulness e Terapia Cognitivo-Comportamental na Prevenção a Recaída. In: Zanelatto NA, Laranjeira R[org]. O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais – um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.
33. Grow JC, Collins SE, Harrop EN, Marlatt GA. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors* 2015; 40:16–20.
34. Crouch R. Substance Use Disorders. Occupational Therapy Prescribed Minimum Benefits. *Occupational Therapy Guidelines Mental Health*. South African Society of Psychiatrists. SASOP 2007.
35. Aota. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Suppl.1), S1S48. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015; 26(Ed. Especial):1-49. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>
36. Wasmuth S, Outcalt J, Buck KD, Leonhardt BL, Vohs J, Lysaker PH. Metacognition in persons with substance abuse: Findings and implications for occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2015; 82(3):1-10. doi: 0008417414564865.

37. Baker SN. Condições Comuns: Evidências e Recursos Correlatos. Alcoolismo. In: Willard HS, Spackman CS. *Terapia Ocupacional*. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

38. Wasmuth S, Pritchard K, Kaneshiro K. Occupation based intervention for addictive disorders: A systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2016 Mar; 62:1-9. doi: 10.1016/j.jsat.2015.11.011.

39. Gutman SA. Why addiction has a chronic, relapsing course. The neurobiology of addiction: Implications for occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Mental Health* 2006; 22(2), 1-29.

40. Santos VS, Silva GG. *Terapia Ocupacional na Abordagem da Dependência Química*. In: Fernandes S. et al [org]. *Abordagem Multidisciplinar da dependência química*. São Paulo: Santos, 2013.

41. Buijsse N, Woody C, Davis SF. Occupational therapy in the treatment of addictive behaviours. *British Journal of Therapy and Rehabilitation* 1999; 6:300-307.