

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES



DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Ana Laura Parlato

**Recuperação de perdas cognitivas causadas pelo uso de crack por
intermédio de técnicas cognitivas comportamentais.**

Orientador: Dr. Juan Pablo Barryero

Ana Laura Parlato

“Vossos filhos não são vossos filhos.
São os filhos e as filhas da ânsia da vida por si mesma.
Vêm através de vós, mas não de vós.
E embora vivam convosco, não vos pertencem.
Podeis outorgar-lhes vosso amor, mas não vossos pensamentos,
Porque eles têm seus próprios pensamentos.
Podeis abrigar seus corpos, mas não suas almas;
Pois suas almas moram na mansão do amanhã,
Que vós não podeis visitar nem mesmo em sonho.
Podeis esforçar-vos por ser como eles, mas não procureis fazê-los como vós,
Porque a vida não anda para trás e não se demora com os dias passados.
Vós sois os arcos dos quais vossos filhos são arremessados como flechas vivas.
O arqueiro mira o alvo na senda do infinito e vos estica com toda a sua força.
Para que suas flechas se projetem rápidas e para longe.
Que vosso encurvamento na mão do arqueiro seja vossa alegria:
Pois assim como ele ama a flecha que voa,
Ama também o arco que permanece estável.”

Khalil Gibran (O Profeta, 1927)

Agradecimentos

Agradeço aos docentes da UCES - UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES, em especial ao Dr. David Maldavasky, que me incentivou a dar continuidade ao projeto de pesquisa, Dra. Elena Stein-Sparvieri, pela excelente coordenação e a Dr. Juan Pablo Barryero que me orientou com excelência e dedicação.

Agradeço ao meu esposo Dr. Carlos Alberto Mendonça, que sempre esteve pronto para me acompanhar à Buenos Aires, me auxiliou nas pesquisas e revisão de textos.

Nas mais lindas lembranças de momentos inesquecíveis com meu pai Alcides Parlato e minha mãe Eva Parlato (in memoriam), eu agradeço também meus filhos Eduardo Parlato, Alexandre Parlato, genro José Roberto Parlato e nora Danielle Parlato por se integrarem à nossa família de maneira harmoniosa e a todos os meus amigos e familiares.

Agradeço todos os meus colegas de trabalho, a equipe da Clínica Terapêutica Viva, na pessoa do presidente fundador Inácio Marchetti e amigo e irmão de trabalho, que desenvolve nossos projetos em Fortaleza.

Agradeço aos assistentes da pesquisa, os psicólogos Ranieri de Oliveira e Alexandra Cristina Bofe e a minha eterna e querida professora Rosa Bonini. Um fraternal e carinhoso abraço a todos.

Ana Laura Parlato

ÍNDICE

	Pag.
INTRODUÇÃO.....	14
Capítulo 1 As bases teóricas da pesquisa:	
epistemológico,histórico, conceitual e substantiva.....	20
1.2. Marco epistemológico.....	20
1.2.1 Os princípios da terapia cognitiva comportamental.....	20
1.2.2 A Terapia Cognitiva Comprtamental aplicada no tratamento da dependência química.....	31
1.2.3 Principais comorbidades associadas à dependência.....	39
1.2.4 As influências familiares no processo da dependência..	44
1.2.5 A Neuropsicología como ciência.....	47
1.3. Marco Substantivo.....	55
1.3.1 Retaguarda familiar e religiosidade.....	55
1.3.2 Quoeficiente de inteligência.....	56
1.3.3 Estado de humor.....	56
1.3.4 As funções cognitivas avaliadas.....	57
1.4. Marco Histórico.....	60
1.4.1 Como surgiram as drogas.....	60
1.4.2 A dependência química: uma doença multifatorial.....	64
Capítulo 2 - Estado da Arte.....	81
2.1. Principais abordagens psicológicas para o tratamento da dependência química.....	81
2.2. Pesquisas realizadas no campo da neuropsicologia relacionadas aos danos cognitivos causados por uso de drogas.....	89
2.3. Estudos relacionados ao consumo de crack.....	97
2.4. Refletindo sobre os artigos, estudos, textos consultados.....	105

2.5. Apresentação do problema e contribuições da pesquisa.	109
Capítulo 3- Aspectos metodológicos da pesquisa: objetivos, hipóteses e método.....	113
3.1. Objetivo geral.....	113
3.2. Objetivos específicos.....	113
3.3. Ameaças referentes á validade interna da pesquisa.....	113
3.4. Hipóteses.....	114
3.5. Metodologia.....	115
3.5.1 Tipo de trabalho.....	115
3.5.2 Unidades de análises.....	116
3.5.3 Critério de seleção de casos.....	116
3.5.4 Amostra.....	116
3.5.5 Variável independente.....	117
3.5.6 Variáveis Dependentes.....	118
3.5.7 Técnicas e instrumentos.....	119
3.5.8 Descrição dos instrumentos de avaliação.....	120
3.5.9 Descrição das sessões de terapias individuais aplicadas.....	122
Capítulo 4 – Resultados.....	128
4.1. Apresentação dos resultados.....	128
4.2. Estatísticas descritivas e análises das distribuições.....	128
4.3. Análise de comparação dos resultados de pré e de pós-testes.....	131
4.4. Comporação entre testes pré e pós-intervenção.....	133
Capítulo 5- Discussão dos resultados.....	146
5.1. Como interpretar os resultados.....	146
5.2. Hipóteses testadas e confirmadas.....	149
5.3. Hipótese Refutada.....	150

5.4. Discussão.....	145
Capítulo 6 – Conclusões.....	150
Bibliografia.....	161
Anexo 1. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	177
Anexo 2. Tabelas de resultados.....	180
Anexo 3. Sessões de Terapias individuais.....	187
Anexo 4. Protocolo de avaliação neuropsicológica.....	228
Anexo 5. Folha de registro de resultados quantitativos.....	231
Anexo 6. Programa do Observatório do Crack.....	234
Anexo 7. Diretrizes Gerais do Conselho Federal de Medicina para usuários de crack (Brasil).....	244
Anexo 8. Lei Federal que regulamenta as instituições de internação para usuários de drogas.....	251
Anexo 9. Proposta para as comunidades terapêuticas.....	261

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização da amostra.....	117
Tabela 2- Estatística descritiva de Ansiedade e Depressão.....	129
Tabela 3- Estatística descritiva de Códigos e Trilhas A e B.....	129
Tabela 4- Estatística descritiva de fluência verbal e cubos.....	130
Tabela 5- Estatística descritiva de Benton C e D.....	130
Tabela 6- Estatística descritiva de Lista de Palavras, Dígitos OD e Dígitos OI e Memória Lógica.....	130

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Redução e Ansiedade em fase pós intervenção.....	132
Gráfico 2- Redução de depressão em fase pós intervenção.....	133
Gráfico 3- Aumento de desempenho em teste de atenção em fase pós intervenção.....	134
Gráfico 4- Redução de latência em teste de atenção em fase pós intervenção.....	134
Gráfico 5- Redução de tempo de execução em teste de atenção em fase pos Intervenção.....	135
Gráfico 6- Aumento de desempenho de fluência verbal em fase pos Intervenção.....	136
Gráfico 7- Aumento de desempenho em execução de cubosem fase pós intervenção.....	136
Gráfico 8- Aumento de valores medianos no Teste de Stroop em fase pos intervenção.....	137
Gráfico 9- Aumento de valores medianos no Teste de Benton C em fase pos intervenção.....	138

Lista de Gráfico

Gráfico 10- Mostra de valores medianos no Teste de Benton D em fase de pre e pos intervenção.....	139
Gráfico 11- Aumento de desempenho de memória de evocação em Lista de Palavras em fase pós intervenção.....	140
Gráfico 12- Aumento de desempenho em memória imediata e evocação de lista de palavras em fase pos intervenção.....	140
Gráfico 13- Aumento de resultados em dígitos ordem direta em fase pós Intervenção.....	141
Gráfico 14- Resultados de dígitos ordem inversa em fase de pre e pós intervenção	142
Gráfico 15- Resultado de teste de Memória Lógica em fase pre e pos intervenção.....	143
Gráfico 16- Resultado de teste de Memória de evocação em fase de pre e pos intervenção.....	143

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a recuperação de danos cognitivos em pacientes dependentes compulsivos pelo uso de crack submetidos às técnicas das terapias cognitivas comportamentais individuais.

MÉTODO: Uma coorte de 26 dependentes de crack admitidos em uma instituição localizada na cidade de Itu, no interior do Estado de São Paulo, Brasil, para desintoxicação e tratamento por um período mínimo de 90 dias.

Trata-se de um estudo quantitativo, pré-experimental, descritivo-correlacional. As variáveis averiguadas foram: ansiedade, depressão, quociente de inteligência, atenção, memória, fluência verbal e funções executivas (planejamento, controle inibitório e flexibilidade mental). Para realizar o tratamento estatístico foi aplicado o programa SPSS-21.

RESULTADOS: Observou-se correlação positiva entre a aplicação das técnicas cognitivas comportamentais e a melhora dos sintomas depressivos e ansiosos.

A pesquisa aponta ganhos significativos das funções cognitivas dos pacientes após o tratamento referente à atenção, memória, fluência verbal, controle do impulso, planejamento e execução. Não se observou melhora nas atividades que avaliaram a cópia de figuras geométricas.

CONCLUSÕES: Pacientes usuários de crack apresentam melhora no desempenho das funções cognitivas e uma maior estabilidade emocional após o período de desintoxicação orgânica e quando submetidos ao tratamento especializado.

DESCRITORES: Usuário de drogas. Crack. Tratamento para uso de substâncias.
Palavras Chave: Usuário de drogas. Crack. Tratamento para uso de crack. Terapia Cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

PORPUSE: This study was to evaluate the recovery of cognitive damage in compulsive dependent patients by using the techniques of crack subject of individual cognitive behavioral therapies.

METHOD: A cut of 26 crack addicts admitted to an institution located in Itú, the state of Sao Paulo, Brazil for detoxification for a period of 90 days. It is a study pre-experimental, Descriptive-correlational.

Differente cognitives variables were assessed: anxiety, depression, intelligence quotient, attention, memory, verbal fluency and executive functions (planning, inhibitory control and mental flexibility). In the statistical analysis we used the SPSS-21.

RESULTS: The analysis showed a positive correlation between the application of cognitive behavioral techniques and the improvement of depressive and anxiety symptoms. The research shows significant improvements in cognitive function of patients after treatment related to attention, memory, verbal fluency, impulse control, planning and execution. There was no improvement in copies of geometric figures.

CONCLUSION: Patients crack users show performance improvements of cognitive functions and greater emotional stability after detoxification period and when they are subjected to specialized treatment

Keywords: Drug addict. Crack. Treatment of drug users. Cognitive behavioral therapy.

RESUMEN

OBJETIVO: _Evaluar la mejora en las dificultades cognitivas en pacientes con dependencia al consumo de crack que recibieron un tratamiento terapéutico con técnicas cognitivo-comportamentales de manera individual.

MÉTODO: Una cohorte de 26 pacientes dependientes de Crack admitidos en una institución ubicada en la ciudad de Itu, en el interior del estado de São Paulo, Brasil para desintoxicación y tratamiento por un período mínimo de 90 días.

El Estudio descriptivo correlacional, pre-experimental y las variables estudiadas fueron: Ansiedad, Depresión, Cociente Intelectual, Atención, Memoria, Fluencia verbal, y Funciones Ejecutivas. En el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-21.

RESULTADOS: Hubo una correlación positiva entre las técnicas cognitivas conductuales y la mejora de los síntomas depresivos y de ansiedad. La investigación muestra incrementos significativos en las funciones cognitivas de los pacientes después del tratamiento, en relación con la atención, la memoria, la fluidez verbal, el control de los impulsos, la planificación y la ejecución. No observándose mejoría en la copia de figuras geométricas.

CONCLUSIONES: Los consumidores de Crack presentaron una mejora en su desempeño cognitivo y una mayor estabilidad emocional posterior al periodo de desintoxicación orgánica y al tratamiento especializado administrado.

Palabras Clave: Consumo de sustancias. Crack. Tratamiento para el consumo de Crack. Terapia Cognitiva- conductual

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2001) define as drogas como as substâncias que afeta a mente e os processos mentais. O conceito atual de dependência química é descrito baseado nos sinais e sintomas, o que facilita uma maior objetividade para realizar o diagnóstico, inclusive podendo apontar a diferença em graus de dependência: leve, moderado e grave. Desta maneira a dependência de drogas é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de maneiras distintas para cada indivíduo. Destaca a dependência química como uma doença médica, crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada por um estado mental e físico que resulta da interação do organismo com a substância. Este modelo biomédico pode auxiliar a desconstruir a ideia que indivíduo venha a consumir álcool e outras drogas porque é um fraco, ou um mau caráter, cujos conceitos estão relacionados ao aspecto moral do problema.

Sem dúvida o consumo de drogas é uma problemática social e o estudo sobre o tema é relevante, de maneira ampla para a toda a sociedade e em particular para o no campo da psicologia clínica. Deve-se chamar a atenção para o consumo de “crack” (derivado da cocaína), um fenômeno que vem se avolumando em anos recentes, com graves repercussões para o indivíduo, para as famílias e sociedade de uma maneira geral. O crack é produzido a partir da cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água, produzindo um composto que pode ser cheirado ou fumado. O usuário queima a pedra a partir de cachimbos improvisados. As pedras também podem ser misturadas ao cigarro de tabaco ou maconha e são chamadas pelos usuários de “mesclados”, “piticos” ou “basucos”. A utilização desta substância causa euforia de grande intensidade e curta duração, seguida do imenso desejo de repetir a dose (Reinarman e Levine, 1997).

O consumo dessa substância tem se mostrado como um mercado seguro entre as populações de baixa renda das periferias das grandes cidades. O fenômeno é mais expressivo ainda entre os meninos e meninas que vivem e/ou mora nas ruas,

um grupo excluído da sociedade, com pouca ou nenhuma assistência e de alto risco aos agravos à saúde integral de seus membros.

O capítulo I demonstra o marco conceitual em seu referencial epistemológico, teórico e substantivo e histórico.

O marco epistemológico explica a importância da epistemologia, por se tratar do estudo da estrutura, validade e produção do conhecimento científico e por ter uma estreita relação com a filosofia, considerando a questão da lógica que se encontra presente na construção dos conhecimentos. Também fica descrito quais os fundamentos epistemológicos da terapia comportamental, da terapia cognitiva e como ambas se complementam, pois hoje podemos usufruir dos conhecimentos da terapia cognitiva comportamental no âmbito da pesquisa e da psicologia clínica.

O marco teórico apresenta os princípios da terapia cognitiva comportamental, e as contribuições da neuropsicologia para o tratamento de usuário de drogas. A terapia cognitiva comportamental é um modelo psicoterápico criado por Aeron Beck (1964), na Universidade da Pensilvânia, na década de 1960 para tratar a depressão. Podemos dizer que é um tipo de psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos os comportamentos disfuncionais (Beck, 1964). Também aborda as principais técnicas da terapia cognitiva comportamental que contemplam o tratamento da dependência química com eficácia, pois remete o paciente a uma reflexão e um reconhecimento dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas.

Conceitua a neuropsicologia como a ciência dedicada ao estudo da expressão comportamental do funcionamento de áreas específicas do cérebro e das disfunções cerebrais. Esclarece que a neuropsicologia explica a manifestação do comportamento humano e o correspondente funcionamento do sistema nervoso central e as funções cognitivas ao longo do seu desenvolvimento. Explica que a avaliação neuropsicológica tem como objetivo mensurar e compreender cada

função cognitiva assim como o funcionamento cerebral como um todo. O funcionamento cerebral depende dos sistemas que são interligados, onde um exerce influência sobre o outro. A avaliação neuropsicológica no tratamento da dependência química é muito importante, pois já está comprovado cientificamente que a dependência química é uma doença neuroadaptativa e que o consumo de drogas age e modifica a estrutura e o funcionamento cerebral. Sendo assim, podemos dizer que através dos conhecimentos da neurociência pode facilitar a recuperação do dependente de crack e outras drogas.

O marco substantivo tem como objetivo apresentar as principais funções cognitivas que foram as variáveis de investigação na pesquisa: processos atencionais, memória e função executiva. Importante ressaltar que fica explicada a relação entre a avaliação neuropsicológica e o tratamento da dependência química: a exposição do cérebro à agentes químicos neurotóxicos, como o crack e outras drogas exercem influência sobre o funcionamento cognitivo (Hyman, 2005).

O marco histórico aborda o panorama atual do consumo de drogas, comparado aos primórdios da humanidade e utilização de plantas alucinógenas. Descreve os primeiros indícios sobre o consumo de álcool e drogas pelo ser humano que datam aproximadamente 6000^a. C. Esclarece a questão da dependência química na atualidade, em seus novos conceitos, explicando o agravo do consumo de drogas e sua epidemiologia no Brasil e no Mundo. Também demonstra, através de dados estatísticos e relatos de pesquisas quais as consequências maléficas da drogadição para o indivíduo e para a sociedade. Relata como se alastrou o consumo do crack, um derivado da cocaína, que surgiu em 1984-1985, na periferia de Los Angeles, Nova York e Miami, e demonstra os efeitos que esta perigosa substância causa no cérebro, tema este que preocupa os pesquisadores e profissionais da área da saúde.

Capítulo II referente ao Estado da Arte apresenta os estudos recentes realizados em diferentes países que se relacionam ao tema. Expõe as pesquisas neuropsicológicas que contribuem com informações importantes para o tratamento

da dependência de drogas. Em relação às abordagens das teorias de psicologia considerou-se entre outras, a psicanálise, a fenomenologia, a terapia sistêmica e terapia cognitiva comportamental.

As pesquisas demonstram que as diferentes propostas de tratamento sejam com enfoque sistêmico, psicanalítico, fenomenológico ou comportamental, podem trazer benefícios ao dependente de crack e outras drogas.

Bolla e Cadet (1999) comprovaram que o uso do crack provoca alterações no sistema de recompensa, no córtex cerebral e prejudica o desempenho das funções cognitivas, principalmente as relacionadas à memória e função executiva: memória de trabalho, planejamento e controle inibitório.

Considerando que a presente pesquisa tem como foco principal auxiliar na recuperação de dependentes de crack, neste capítulo fica clara a proposta da investigação: se as técnicas cognitivas comportamentais individuais podem auxiliar os dependentes de crack a melhorar as funções cognitivas afetadas pelo uso do crack.

O Capítulo III – Aspectos metodológicos da pesquisa. Explica quais os objetivos, hipóteses e método da pesquisa. Esclarece que o desenho é quantitativo, comparativo, quase experimental e aborda a importância de considerar as ameaças referentes à validade interna da pesquisa. Detalha também quais as hipóteses que foram pesquisadas e os critérios inclusão, exclusão para a seleção da amostra.

Como variáveis independentes têm as técnicas cognitivas comportamentais aplicadas individualmente. As variáveis dependentes foram: ansiedade, depressão, atenção concentrada, atenção dividida, memória auditiva de curto e longo prazo, memória visual de curto e longo prazo, memória operacional ou de trabalho, fluência verbal fonológica, fluência verbal semântica, planejamento, controle inibitório e flexibilidade mental. Incluímos como variável dependente do

estudo o Quociente de Inteligência, (abreviado para QI), definido como uma medida obtida por meio de testes que avaliam as capacidades cognitivas (inteligência) de um sujeito, em comparação ao seu grupo etário. (Binet, 1905) utilizado nos critérios de seleção da amostra. Neste capítulo também fica explícito quais os instrumentos utilizados e maneira da coleta do material para análise.

No Capítulo IV – Refere-se aos resultados encontrados que são apresentados através dos gráficos e tabelas que após o tratamento estatístico quantificam os resultados e apresentam os subsídios para a discussão correlacional entre cada variável pesquisada e os achados na pesquisa. Apresenta índices positivos de recuperação para ansiedade, depressão, atenção, memória auditiva, memória visual, fluência verbal fonética e semântica, planejamento, flexibilidade mental e controle inibitório. Não foi observada diferença de desempenho na atividade que mensura coordenação motora fina (habilidade de cópias de figuras geométricas) antes e após o tratamento.

O Capítulo V, Discussão dos Resultados refere-se aos objetivos que foram atingidos, demonstrando também as hipóteses confirmadas e refutadas e a articulação entre o presente estudo e os demais artigos citados no Estado da Arte.

Capítulo VI - Nas conclusões fica claro a originalidade do estudo, a relevância da pesquisa, sua abrangência, limitações e sugestões para que sejam realizadas novas pesquisas em relação ao tema.

Na bibliografia estão citadas todas as fontes de pesquisas, com as devidas referências e em anexos estão formulários, questionários, tabelas e instrumentos utilizados.

Capítulo 1

As bases teóricas da pesquisa:
epistemológico, histórico, conceitual e
substantivo.

Capítulo 1- As bases teóricas da pesquisa: epistemológico, histórico, conceitual e substantivo.

1.1 Marco Epistemológico

Epistemologia é um ramo da filosofia necessário para a Psicologia Cognitiva comportamental validar sua identidade enquanto conjunto de saberes científico. O Behaviorismo nasce influenciado por dois movimentos de busca da ruptura com a filosofia: a psicologia objetiva e a psicologia comparativa. A primeira teve como pressupostos básicos a observação e a experimentação, enquanto a segunda, fortemente influenciada pelos postulados darwinianos, centra-se em explicações naturais para o comportamento humano baseando-se na seleção natural (Baum, 1999). Podemos posicionar o Behaviorismo como antecedente da Psicologia Experimental Cognitiva, uma vez que o mesmo trata-se de um movimento amplo e que congrega, na verdade mais de uma raiz filosófica e teórica.

Neste sentido, foram se formando desde a metade do século XIX várias escolas de pensamento que deram forma ao que hoje conhecemos como ciência. A primeira escola epistemológica da modernidade, se assim podemos chamá-la, foi o Positivismo, cuja autoria se atribui à August Comte (1798-1857), embasada nas teorias mecanicistas, empiristas, deterministas e reducionistas, dentre outras. As psicologias científicas do século XX afastaram-se definitivamente de psicologias racionalistas e de psicologias empíricas de cunho filosófico. Para Wundt (1922) psicologia como ciência é psicologia empírica. E, como tal, interpreta a experiência psíquica a partir da própria experiência psíquica; deduz os processos psíquicos de outros processos psíquicos; faz uma interpretação causal de processos psíquicos com base em outros processos psíquicos; não recorre a substratos diferentes desses processos, tais como uma mente-substância ou processos e atributos da matéria, para explicá-los. A psicologia empírica é focada na causalidade psíquica, e isso significa analisar a experiência a partir da própria experiência, fechando as portas às explicações metafísicas espiritualistas

ou materialistas. Wundt observa que psicólogos que pertencem à escola empírica, se forem indagados sobre a natureza da psicologia, dirão: "esta ciência tem de investigar os fatos da consciência, suas combinações e relações, de tal modo que possam, finalmente, descobrir as leis que governam tais relações e combinações".

Com base nos estudos realizados por Wilhelm Dilthey (1945), um dos pesquisadores pioneiros na crítica da utilização dos métodos quantitativos nas ciências humanas, percebe-se que existe uma diferença fundamental entre as ciências naturais e sociais, chamado por ele de ciências culturais. Para Dilthey os objetos da vida humana estão intimamente conectados com as emoções e os valores da subjetividade da mente humana e que as inter-relações entre o pesquisador e o objeto de pesquisa, quando este é outro ser humano, são inseparáveis. Quando se valoriza a explicação como o principal elemento da pesquisa científica, a diferenciação entre os dois tipos de método de pesquisa se esvai, pois com esta noção de compreensão, fica claro que não pode haver ciências humanas ou naturais sem a valorização da peculiaridade dos estudos humanos.

Nestas considerações, o estudioso considera que se tratando de ciências humanas, que estuda a própria subjetividade simbólica dos homens, seres humanos são ao mesmo tempo sujeitos e objetos de investigação. Quanto às leis causais, Dilthey também não acredita que poderiam ser aplicadas às ciências culturais, pois existe uma complexidade da vida social com variações de interações entre os indivíduos que se acentua com as mudanças ao longo do tempo e com as diferenças culturais em cada sociedade. Os fundamentos epistemológicos dos métodos em psicologia se preocupam em investigar pelo existir do homem e pelo sentido que eles atribuem para a sua existência, seus pensamentos e comportamentos. É importante pensar em um homem como um projeto, pessoa e sua personalização durante a sua história de vida, bem como o ser com o outro e o ser num determinado contexto sócio-cultural.

Popper (1959) – Sustenta as suas idéias em estudos referentes à lógica e aborda que não se pode construir teorias científicas pelas generalizações das observações, uma vez que não se conhece o universo de observações possíveis. Ele afirma que não importa quantos casos se conhece, sempre pode ocorrer de que algo não é conhecido, tornando assim inválida as generalizações. Ele coloca a existência de uma assimetria entre verificação (verdade) e falsidade. Descreve que a discriminação entre ciência e não ciência só pode acontecer a partir de razões justificativas dos critérios ideais de demarcação entre uma e outra. Explica as formas do conhecimento como: observação natural cotidiana, elucubração, filosófica e conhecimento científico.

Thomas Kuhn (1962), discípulo de Popper, aborda que a crise do conhecimento é necessária para que surjam novas teorias. Ele se interessa pelo problema do progresso da ciência e elabora a teoria das revoluções científicas que tem grande influência nas ciências sociais e em particular na psicologia. Thomas Kuhn introduz o paradigma que define o modelo de ciência que plantea problemas e as formas e soluções dos mesmos. Estes problemas surgem dentro de uma comunidade científica, por qual sua manifestação se dá em um contexto histórico e social. Neste modelo se inclui também os temas que devem ser investigados e os métodos que são considerados aceitáveis para conduzir as investigações.

Ao explicar os fundamentos filosóficos das teorias comportamentais, Skinner (1938) demonstra sua vinculação com a tradição Positivista da Filosofia e adere ao operacionalismo, também da corrente epistemológica da tradição positivista. De qualquer forma, a escolha do comportamento mensurável e observável como a única variável dependente de uma Psicologia científica é a resposta behaviorista ao princípio positivista lógico. A Terapia Comportamental se compromete com o modelo de cientificidade estabelecido pela tradição positivista, em particular com sua forma positivista lógica e assim se compromete com uma visão objetiva da relação sujeito e objeto do conhecimento.

A epistemologia da Terapia Cognitiva se fundamenta nos postulados colocados por Popper. Na obra “O Poder Integrador da Terapia Cognitiva” (Beck e Alford, 2000) Beck reconhece os princípios de Popper adere os seus critérios de

racionalidade e cientificidade. A Terapia Cognitiva é construtivista e realista, e apesar de também aderir ao método científico, sua concepção de ciência é racionalista crítica.

Em relação aos pressupostos teóricos da terapia cognitiva e terapia comportamental pode-se dizer que, apesar de possuírem pressupostos e crenças que diferem em alguns aspectos, como por exemplo, o objetivismo, as compatibilidades epistemológicas entre a Terapia Comportamental e a Terapia Cognitiva foram progressivamente diluindo as diferenças entre estas abordagens, pois ambas as terapias consideram a crença na existência de um mundo externo independente de nossos constructos. A base epistemológica da terapia cognitiva comportamental é de relevante importância para a prática clínica, na medida em que localiza, de forma mais precisa, os objetivos terapêuticos e facilita o entendimento acerca das etapas e técnicas do processo terapêutico. Epistemologicamente a terapia cognitiva comportamental permite uma aproximação do campo teórico com práticas de pesquisa afins, organizando os pressupostos lógicos e axiomáticos aos quais os resultados devem ser interpretados. Este tipo de terapia se reafirma como prática baseada em evidências científicas e permite a possibilidade de comprovação ou refutação de suas hipóteses, aspecto este fundamental para a evolução da ciência.

1.2 Marco teórico

O presente trabalho tem como marco conceitual a terapia cognitiva comportamental, com aporte na neuropsicologia.

1.2.1 Os princípios da terapia cognitiva comportamental

A terapia cognitiva comportamental é um modelo psicoterápico criado por Aeron Beck, na Universidade da Pensilvânia, na década de 1960 para tratar a depressão. Podemos dizer que é um tipo de psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos os comportamentos disfuncionais (Beck, 1964).

Os pressupostos teóricos da terapia cognitiva comportamental se fundamentam no fato de que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas do paciente. O principal foco da terapia cognitiva é a cognição e o comportamento: pensamentos, imagens, conceitos e crenças. Todas as informações aprendidas e processadas pelo indivíduo são continuamente utilizadas em sua interação com o meio. (Beck, 1964). Beck pressupôs que a psicopatologia é resultante de significados mal adaptativos que o indivíduo constrói em relação a si, ao contexto ambiental e ao futuro. E estes três componentes juntos, compõe a tríade cognitiva.

Os princípios da terapia cognitiva comportamental segundo Judith S. Beck (1997):

Princípio 1- A terapia cognitiva comportamental se baseia em uma formulação em continuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos. É necessário identificar seu pensamento atual e seu comportamento problemático.

Princípio 2- A terapia cognitiva comportamental requer uma aliança terapêutica segura, portanto é necessário identificar e avaliar os pensamentos do paciente em relação ao psicoterapeuta.

Princípio 3- A terapia cognitiva comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa. O terapeuta encoraja o paciente a ver as sessões como um trabalho em equipe onde ambos decidem as coisas juntos.

Princípio 4- A terapia cognitiva comportamental é orientada em metas e focada em problemas, onde o paciente é convidado a identificar, enumerar os seus problemas e estabelecer metas.

Princípio 5 – A terapia cognitiva comportamental inicialmente enfatiza o presente, com foco sobre os problemas atuais e sobre situações específicas que deixam os pacientes aflitos.

Princípio 6- A terapia cognitiva comportamental é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída ou retorno aos comportamentos indesejáveis.

Princípio 7- A terapia cognitiva comportamental visa ter um tempo limitado, e este tempo ou número de sessões pode variar de acordo com a necessidade do paciente.

Princípio 8- As sessões da terapia cognitiva comportamental são estruturadas, não importa qual o diagnóstico ou estágio do tratamento o terapeuta vai aderir a uma estrutura estabelecida em cada sessão.

Princípio 9- A terapia cognitiva comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais.

Princípio 10 - A terapia cognitiva comportamental utiliza uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento. Embora estratégias cognitivas como questionamento socrático e descoberta orientada sejam técnicas fundamentais para este tipo de terapia, são também utilizadas outras técnicas como habilidades sociais e técnicas da terapia comportamental.

A teoria cognitiva comportamental apresenta três principais pressupostos:

1-A atividade cognitiva influencia o pensamento

2-A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada

3-O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

A terapia cognitiva tem como base teórica três níveis de pensamento:

-Pensamentos automáticos que são espontâneos que não resultam de reflexão ou vontade, geralmente estão associados a emoções e imagens. Eles costumam ser rápidos e involuntários, fluem na mente, decorrentes dos acontecimentos do dia a dia. Estão presentes junto com o fluxo normal do pensamento. Muitas vezes eles

são previsíveis, em função da identificação das crenças dominantes do indivíduo e se ele apresentar uma resposta racional aos pensamentos automáticos conseguirá produzir mudanças positivas na emoção e no comportamento.

- As crenças intermediárias ou subjacentes: funcionam sob a forma de suposições ou regras condicionais como: “se”; “então”. Elas influenciam a regulação emocional e autoestima. Por exemplo: Tenho que ser o melhor para que eles gostem de mim.

-Crenças centrais ou nucleares: nível mais profundo da estrutura que se forma através do aprendizado mais primário e se fortalecem ao longo da vida. São as ideias e conceitos mais enraizados que o indivíduo tem acerca de si, do outro e do mundo. É incondicional e independente da situação em que o indivíduo se apresenta, ele irá pensar do mesmo modo, de acordo com as suas crenças nucleares essas crenças moldam a percepção e a interpretação que a pessoa faz de sua realidade conferindo-lhe o seu jeito psicológico de ser.

Em muitos casos os indivíduos podem apresentar crenças nucleares disfuncionais que podem ser classificadas em três principais grupos:

-Crença nuclear de desamparo: quando o indivíduo se apresenta carente, desamparado, frágil e impotente.

-Crença nuclear de desamor, crenças sobre ser indesejável incapaz de ser gostado, sem atrativos para ser amado, imperfeito, sozinho e abandonado.

-Crenças de desvalor, onde o indivíduo julga-se incapaz, incompetente, fracassado e sem valor.

Estas principais crenças disfuncionais podem gerar pensamentos como:

Não tenho salvação. Não tenho saída. Não sou querido. Não sou bom o suficiente e meu destino é o fracasso.

Os princípios básicos da terapia cognitiva comportamental se aplicam a todos os pacientes. O psicoterapeuta elabora o plano de tratamento com base em sua

formulação do caso, seus objetivos em cada sessão e considerando que tipo de transtorno que está sendo tratado. Investiga-se antes qual é a hipótese diagnóstica, quais os problemas atuais e como estes problemas se desenvolveram: pensamentos e crenças disfuncionais estão associados aos problemas e quais as reações (emocionais, fisiológicas e comportamentais) estão associadas ao seu pensamento. Este tipo de terapia identifica como o paciente pode enfrentar as suas crenças disfuncionais e modificá-las. Que mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais positivos ele poderá usar.

Durante as sessões o terapeuta constrói uma conceituação cognitiva com o paciente e continua a refinar esta conceituação durante o processo terapêutico. Esta formulação auxilia no planejamento de uma terapia eficiente e efetiva (Persons, 1992). Embora exista diferença entre a teoria cognitiva e a comportamental, pode-se dizer que a teoria cognitiva abarca um conjunto de técnicas derivadas dos modelos comportamentais e a terapia cognitiva comportamental é uma combinação entre ambas (Rangé e Marlatt, 2008).

O enfoque cognitivo comportamental não dá ênfase na causa de uma determinada patologia, mas enfatiza as mal-adaptações na estrutura cognitiva do indivíduo e os mecanismos de processar informações. A terapia cognitiva trata o indivíduo a partir do entendimento de que os sintomas são resultados dessas distorções cognitivas (Beck, 1997).

A terapia cognitiva comportamental permite que o paciente examine e modifique o seu esquema mental em relação aos seus comportamentos mal adaptativos. O processo é realizado por meio de técnicas cognitivas e comportamentais com o objetivo de atingir uma melhor adaptação do paciente. Este processo é chamado de reestruturação cognitiva (Beck, 1997).

Os comportamentos podem ser adaptativos ou desadaptativos, dependendo das circunstâncias. Os comportamentos são motivados por sistema de controle interno composto por processos de auto-regulação que determinam qual a maneira que a pessoa se comunica com ela mesma, tais como a auto-vigilância, auto-avaliação e

as autoinstruções. Estas auto-avaliações e auto-instruções, estão diretamente relacionadas com os conceitos, as crenças e os esquemas sobre si mesma (Hofmann e Bufka, 1999).

A terapia cognitiva comportamental preconiza a importância do monitoramento do pensamento automático negativo: através do uso de um diário onde o paciente registra os pensamentos e situações que eliciam o desejo do consumo de drogas. É importante fazer o mapeamento das cognições tendenciosas e buscar alternativas em como lidar com imagens disfuncionais, eliciando-as e modificando-as. As pesquisas mostram a eficácia deste modelo de tratamento para os vários problemas psiquiátricos, incluindo a dependência química. Este sistema psicoterápico fundamenta-se no racional teórico segundo qual o afeto e o comportamento de um indivíduo são referenciais pelo modo como ele pensa e estrutura seu mundo (Beck, 1979).

O principal foco neste tipo de psicoterapia é a cognição: pensamento, imagens, conceito e crenças. Todas as informações apreendidas, processadas pelo indivíduo são continuamente utilizadas em sua interação com o meio. Este tipo de terapia tem como base teórica três tipos de pensamentos: os pensamentos automáticos, que são espontâneos e fluem na mente, decorrentes de acontecimentos do dia a dia. As crenças intermediárias que ocorrem como forma de suposições ou regras e as crenças centrais são formadas na infância e se apresentam como ideias rígidas e globais que uma pessoa tem sobre si, sobre os outros e sobre o mundo (Beck, 1997).

Considerando os níveis de pensamentos e as principais crenças disfuncionais centrais, a terapia cognitiva comportamental tem como foco auxiliar o paciente a examinar a maneira como ele constrói e entende o seu mundo. Permite que o paciente identifique e modifique seu esquema mental, naquilo que está mal adaptativo, realizando uma reestruturação cognitiva. O modelo cognitivo comportamental enfatiza como os pensamentos distorcidos de eventos podem afetar de maneira negativa os sentimentos e os comportamentos do indivíduo. Propõe que existe uma relação recíproca entre afeto, cognição e comportamento

de maneira que um tende a reforçar o outro. Os esquemas, que são entendidos como estruturas cognitivas, organizam e processam as informações que chegam ao indivíduo e o principal objetivo desta terapia é substituir os supostos pensamentos disfuncionais por uma maneira mais realista e adaptativa da relação que ele constrói com o mundo.

O tratamento baseia-se na abordagem psicoeducacional e cooperativa, que envolve a vivência de aprendizagem por parte do paciente. Enfatiza a identificação de problemas no aqui e agora e apresenta técnicas específicas para a solução de tais dificuldades.

A psicoterapia cognitiva comportamental propõe:

- 1- Monitorar os pensamentos automáticos
- 2- Reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento.
- 3- Perceber as distorções cognitivas
- 4- Identificar e alterar as crenças subjacentes, pressupostos ou esquemas que predispõe o paciente a ter um padrão de pensamento deficiente ou negativo.
- 5- Substituir os pensamentos distorcidos por cognição mais realista e positiva.

Tipos mais comuns de distorções cognitivas de acordo com o Manual de Terapia Cognitiva Comportamental (Dobson, 1993) São:

1. Pensamento do tipo tudo ou nada: “Se eu fracassar em uma tarefa importante, o que não devo fazer, será um fracasso total e completamente detestável”.
2. Tirar conclusões precipitadas e conclusões negativas falsas: “Como me viram fracassar, o que eu absolutamente não deveria ter feito, eles me consideram um ser incompetente”.
3. Previsão do futuro: “Como estão rindo de mim por ter fracassado, eles sabem que eu absolutamente precisava acertar, e vão me desprezar para sempre”.

4. Concentrar-se no aspecto negativo: “Como eu não agüento quando as coisas saem errado, e não deveriam sair, não consigo deixar nada de bom acontecendo em minha vida”.
5. Desqualificar o aspecto positivo: “Quando me cumprimentam por coisas boas que eu fiz, estão apenas sendo bondosos e esquecendo as bobagens que eu absolutamente não poderia ter feito”.
6. Sempre e nunca: “Como as condições para viver devem ser boas e estão tão ruins e tão intoleráveis, elas sempre serão assim, e eu nunca terei felicidade”.
7. Minimização: “Minhas realizações são resultado da sorte e não são importantes. Mas meus erros, que eu absolutamente não deveria ter cometido, são horríveis e totalmente imperdoáveis”.
8. Raciocínio emocional: “Como meu desempenho foi tão fraco, como absolutamente não deveria ter sido, sinto-me um tolo, e meus sentimentos provam que não valho nada”.
9. Rotulação e generalização: “Como não devo fracassar em coisas importantes e fracassei, sou um completo derrotado e fracassado”.
10. Personalização: “Como estou agindo muito pior do que absolutamente deveria agir e estão rindo, tenho certeza de que estão rindo de mim, e isso é horrível”.
11. Fraude: “Quando não me saio tão bem quanto deveria e eles ainda me elogiam e me aceitam, sou um verdadeiro impostor, e vou cair e mostrar a eles o quanto sou desprezível”.
12. Perfeccionismo: “Vejo que me sai bem, mas eu absolutamente deveria ter me saído perfeitamente bem em uma tarefa simples como essa e, portanto, na verdade sou incompetente”.

1.2.2 A Terapia Cognitiva Comportamental aplicada no tratamento da dependência química

No tratamento da dependência química os aspectos cognitivos são considerados como complexos e abordam os determinantes sociais, genéticos, biológicos, culturais e socioeconômicos. Portanto, é importante considerar a história familiar, as influências do meio, os traços de personalidade, os distúrbios afetivos e o grau de facilidade para obter as substâncias psicoativas. A terapia cognitiva comportamental propõe o reconhecimento das vinculações entre o pensamento, o afeto e o comportamento e identificação dos pensamentos que antecedem o uso das drogas. Visa examinar os pensamentos que são distorcidos de maneira que o paciente aprenda a substituir estes pensamentos por interpretações mais lógicas e orientadas para a realidade, determinando afeto e atitude mais positiva. Através dos registros dos pensamentos, as crenças e os pensamentos distorcidos podem ser identificados e modificados, facilitando assim a mudança de sentimentos, humor e de repertório comportamental e evitando recaídas comportamentais e com consumo de substâncias psicoativas. (Silva e Serra, 2004).

No caso de tratamento para a dependência química, é importante saber quais as crenças que o paciente tem em relação às drogas. É comum identificar crenças facilitadoras e de expectativa positiva. O paciente ao avaliar a sua situação, começa a pensar que merece se descontraír, relaxar e pode consumir substâncias. Pensa que se beber ou usar drogas vai melhorar o seu estresse. Estes pensamentos, decorrentes de suas crenças são suficientes para eliciar os pensamentos automáticos como: vou beber ou vou usar drogas e desencadeando uma fissura, um desejo de consumir a substância. Este conjunto de cognição impulsiona o paciente ao uso, fechando assim o ciclo cognitivo para o uso continuado da droga. (Rangé e Marllat, 2008).

O paciente dependente que chega ao tratamento esta bastante ambivalente, isto é, por um lado gosta de consumir a droga, mas por outro já percebe que esta lhe faz mal e traz prejuízos a sua vida. A intensidade com que esta ambivalência se

apresenta— do consumir ou parar dependerá do estágio do processo de mudanças em que ele se encontra.

A ideia é de ajudar o paciente a encarar esta ambivalência fazendo-o pensar sobre as vantagens e desvantagens de continuar consumindo a substância aplicamos a balança decisória, que auxilia o paciente a avaliar quais as vantagens e as desvantagens de consumir as drogas. A identificação dos estados motivacionais, onde o psicólogo deve colocar-se numa postura de estímulo ao paciente para que aconteça a adesão e compromisso com o tratamento, bem como a motivação para a mudança. De acordo com Prochaska, Di Clemente (1999) o indivíduo não caminha nos estágios de mudança linear (em que há uma causa, um efeito e conseqüente alteração no comportamento dependente) como anteriormente se pensava. As mudanças de estágios são melhores representadas por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica.

Di Clemente (1999) explana sobre as vantagens de se entender o comportamento humano e considera que o conceito de mudança neste construto teórico, abarca uma perspectiva desenvolvimental e que uma perspectiva de mudança ajuda a evitar explicações estáticas sobre o que parece ser um ativo processo de adição e recuperação. O modelo tem sido estudado em uma série de populações com diferentes tipos de comportamentos e mostra capacidade de integração com outras teorias. Miller e Rollnick (2001) contribuíram para o entendimento e a aplicação com os princípios da entrevista motivacional: Expressar a empatia que significa entender o outro, colocando-se no lugar dele, ter uma escuta incondicional, sem julgar ou emitir opiniões pessoais. A atitude que fundamenta o princípio da empatia pode ser chamada de aceitação. É importante lembrar que a aceitação não é o mesmo que concordância ou aprovação. É possível, entender a perspectiva de um paciente, aceita-la, sem concordar com ele. Uma atitude empática busca responder às perspectivas do paciente, perceber as suas ambivalências e motivá-lo para realizar as mudanças que sejam favoráveis para sua adequação com o meio e um equilíbrio emocional.

Desenvolver a discrepância, que significa criar e ampliar a discrepância entre o comportamento presente e as metas mais amplas propostas no projeto terapêutico estabelecido com o paciente. Evitar a argumentação, partindo do princípio de que quanto mais fortemente se ataca, muitas vezes mais distantes ficam nossos objetivos, a entrevista motivacional propõe que o profissional não vá contra as ideias e os pensamentos disfuncionais do paciente e sim flua junto com ele, pois nestes casos a argumentação é contraproducente e defender gera atitudes de defesa.

Acompanhar a resistência, o paciente é um recurso valioso na busca de soluções para os seus problemas e o terapeuta precisa fluir com a resistência e considerar que as percepções do paciente podem ser alteradas no decorrer do processo terapêutico. Novas perspectivas devem ser apresentadas, mas não impostas. A tarefa do terapeuta não é gerar uma solução para os problemas apresentados pelo paciente e sim acreditar que o paciente é capaz de produzir insights durante a sua psicoterapia. Promover a autoeficácia, ou seja, o paciente é capaz e responsável para decidir e realizar as mudanças pessoais. A pessoa precisa saber e acreditar que é capaz de realizar mudanças e também saber que existe uma gama de tipos de tratamentos e de profissionais que poderão auxiliá-la. A entrevista motivacional pretende libertar as pessoas da ambivalência que as aprisiona e que produz ciclos de comportamentos autodestrutivos. O objetivo é despertar a pessoa para que ela dê a partida no processo de mudança, que uma vez iniciado, pode ocorrer de uma maneira rápida ou pode ser um processo mais longo e dificultoso.

Prochaska e Di Clemente (1982) buscaram compreender como se dá o processo de mudança, tanto por si mesma, como com auxílio de terapeuta e descreveram os estágios de mudanças: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção.

A Pré-contemplação é um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema; a Contemplação se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, no entanto há uma ambivalência quanto a perspectiva de mudança; a Ação se dá

quando o cliente escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido e a Manutenção é o estágio onde se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação.

É preciso salientar que nem sempre um cliente que busca recurso encontra-se no estágio de Ação. Uma pessoa que se interna em uma unidade para o tratamento da dependência do crack, mas não se engaja no programada instituição, não reconhece os problemas oriundos do abuso desta substância ou mostra-se ambivalente quanto a manter ou interromper o uso, pode estar mostrando evidências de que se encontra em algum outro estágio.

Tradicionalmente, manutenção é vista como um estágio estático, porém, trata-se de um estágio dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer. O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado pôr toda a vida. Aqui o foco do trabalho é manter os ganhos do tratamento evitando a recaída. Trata-se de uma fase difícil, mas crucial no tratamento de qualquer dependência química. Não é tão difícil interromper o comportamento de uso quanto é manter a abstinência e para este fim há diversos modelos de recuperação com inúmeras abordagens e estratégias combinadas. A utilização dos princípios da entrevista motivacional e de outras propostas terapêuticas contemporâneas auxiliam os profissionais a combaterem a drogadição, que não é um problema recente, pois existe um senso comum e todos os profissionais da área da saúde reconhecem os efeitos negativos das drogas no organismo e concordam que é necessário considerar no mínimo três aspectos ao abordar o assunto: a droga, o indivíduo e o contexto sócio cultural.

Na abordagem cognitiva comportamental, o objetivo é trabalhar as questões que tocam o racional para então ver os resultados sobre o comportamento. Um dado interessante que pessoas que mudaram o comportamento no passado relataram que o exercício dos “prós e contras” foi fundamental para resolver o seu problema. Nesta sessão, portanto, o terapeuta sugere que o paciente pense e escreva sobre o que são positivos no uso da substância, os ganhos como, por exemplo, o prazer

imediate, a sensação de estar adormecido e de poder evitar pensar em problemas. Esta é primeira fase, é essencial que o terapeuta reconheça que há este lado bom em usar substância. Isto por um lado aproxima o terapeuta do paciente, o qual se sente compreendido e ao mesmo tempo passa a confiar mais no Terapeuta e sente que este não está ali para confrontá-lo ou influenciá-lo com mentiras assustadoras sobre a droga. A empatia mais uma vez é estimulada. Depois foca-se no que o paciente está perdendo ao usar a droga, nas relações, no tempo.

Ao mesmo, tempo, trabalha-se as vantagens de parar de usar, focando nos objetivos de vida, como, por exemplo, ter uma vida mais estável afetiva e financeiramente, ter mais disposição física e psíquica para produzir, entre outras. É importante, por último, também comentar sobre as desvantagens de parar, que apesar de poucas existem; a vida não vira um “mar de rosas” sem as drogas. Dificuldades serão enfrentadas, mas existem outras formas de lidar com elas que não apenas usando substâncias.

O questionamento sócrático é um dos procedimentos mais utilizados para auxiliar o paciente a realizar descobertas sobre a estrutura do seu pensamento, para atingir a flexibilidade mental e mudar crenças rígidas sobre si mesmo, os outros e o ambiente. Na Terapia Cognitiva comportamental o terapeuta não tenta convencer o paciente de que os pensamentos estão incorretos. O terapeuta, através de questionamentos, conduz o paciente para que ele mesmo faça esta descoberta (Descoberta Guiada), buscando explorar os conceitos através dos quais a situação é interpretada bem como as evidências que apóiam e desconfirmam os conteúdos cognitivos.

Por meio de simples questionamentos – perguntas com respostas abertas, como era o método de Sócrates – o terapeuta vai permitindo a possibilidade de flexibilizar.

(Marlatt (2008) descreve que o desejo incontrolável para consumir a droga, é

como uma onda que vai crescendo e o objetivo do indivíduo é pegar esta onda e tentar se manter de pé na prancha, até o alto da onda, quando ela começa a baixar naturalmente até desaparecer. Propõe uma técnica que consiste em ensinar o paciente a passar por este desejo quase que incontornável e não consumir a droga, poisse identificar fissura, poderá controlar-se.

De acordo com o modelo cognitivo os indivíduos iniciam o uso de drogas a partir de determinadas exposições aos estímulos específicos, que ativam as suas crenças centrais. A partir destas exposições e ativação das crenças centrais, desenvolve-se um segundo plano de crenças específicas relacionadas ao uso: busca do prazer, possibilidade de compartilhar estes prazeres com companheiros de uso, expectativa de que a substância será capaz de aumentar a criatividade e o desempenho social (Stimmel, 1991).

A abordagem cognitiva comportamental aplicada ao uso e abuso de substâncias psicoativas tem uma longa tradição e integra modelos variados para lidar com as diferentes dificuldades do paciente durante o tratamento. Essas crenças são suficientes para eliciar pensamentos automáticos como: “vou beber” ou “vou usar” e desencadear a fissura. Outras crenças já aparecem com a fissura: “não consigo suportar a vontade”. Este conjunto de cognições pode impulsionar o paciente ao uso, fechando assim, o ciclo para o uso continuado destas substâncias tóxicas.

Do ponto de vista cognitivo, a dependência química é um comportamento aprendido, possível de ser modificado, com a participação ativa da família e da pessoa envolvida no processo do tratamento. A terapia cognitiva comportamental visa o resgate dos recursos pessoais para lidar com o processo de mudança comportamental. As crenças relacionadas às drogas costumam ser de duas maneiras: facilitadoras ou de expectativas positivas. O paciente, ao avaliar a sua situação, começa a pensar que merece se descontraír com o uso de substâncias psicoativas, que isso pode melhorar o seu estresse, que vai ser agradável para ele beber, ou usar outros tipos de substância que altere o seu humor e o seu comportamento.

Para o tratamento da dependência química a terapia cognitiva comportamental propõe: O Programa de Prevenção de recaída, que consiste em estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. É um tratamento cognitivo comportamental com foco na fase de manutenção da mudança do comportamento adictivo. Este programa apresenta dois objetivos fundamentais: prevenir a ocorrência de lapsos iniciais e estabelecer um compromisso em manter a mudança, no caso, cessar de usar drogas e não retornar ao uso (Marlatt, 1993).

Com o consumo de substâncias psicoativas, o paciente pode apresentar alterações e instabilidades emocionais e na maioria das vezes observa-se um isolamento social, ou a falta de determinadas habilidades para enfrentar os problemas do cotidiano sem fazer uso de substâncias.

O monitoramento do pensamento automático negativo, uma maneira de evitar recaída, através do uso de um diário onde o paciente registra os pensamentos e situações que eliciam o desejo do consumo de drogas. É importante fazer o mapeamento das cognições tendenciosas, e buscar alternativas em como lidar com imagens disfuncionais, eliciando-as e modificando-as.

A Identificação das situações de alto risco: Para que se possa trabalhar com prevenção de recaída faz-se necessário também, levar o paciente a conhecer e aprender a lidar com situações de alto risco. Estas situações variam de pessoa para pessoa e podem se referir tanto a estímulos externos (do tipo passar por locais que lembram a substância ou ver pessoas consumindo a droga) quanto aos internos (estados emocionais positivos ou negativos).

A identificação das decisões aparentemente irrelevantes, que são as decisões armadilhas mentais que podem acusar problemas na manutenção da abstinência do uso de drogas. As daí (decisões aparentemente irrelevantes) são uma série de decisões do dia-a-dia (por exemplo, aonde almoçar, qual caminho pegar para ir para casa, se irá ou não visitar um amigo), que levam o paciente a ficar fora do seu controle. Os indivíduos não estão conscientes ou estão apenas parcialmente

conscientes deste processo e, em geral, se dão contas dele apenas na retrospectiva.

O uso dos cartões de enfrentamento, consiste em uma técnica onde o paciente elabora cartões que funcionam como um fator de proteção. O paciente carrega consigo os cartões e pode utilizá-los para evitar recaída. Cada cartão contém a descrição da situação de alto risco e quais as estratégias que ele poderá utilizar para não consumir as drogas.

É a correção cognitiva dos pensamentos errôneos de importância fundamental no tratamento, pois ele percebe que existe nuances que permeiam os extremos e que ele pode alcançar as suas metas por etapas. Quando o paciente percebe esta dimensão, ele melhora a sua autoestima e trabalha o seu imediatismo.

Muitos programas de tratamento para a dependência química têm como foco os fatores informativos dos danos causados em decorrência do uso, explicando assim, para o paciente porque ele deveria abster-se do uso, entretanto isso não é suficiente. É necessário que os profissionais se utilizem de técnicas mais eficazes para o tratamento e apliquem os recursos disponíveis baseados em evidências científicas. O tratamento precisa ser abrangente, os profissionais precisam estar preparados e para que se atinjam as propostas terapêuticas, também é necessário considerar as comorbidades físicas e psíquicas que, na maioria das vezes, também se manifestam, sendo as principais, a depressão, o transtorno bipolar afetivo, os transtornos de personalidade e as psicoses. O olhar para o dependente químico precisa ser desprovido de preconceitos. O acolhimento, a empática, a escuta reflexiva e a aceitação incondicional são requisitos fundamentais para a aliança terapêutica, tanto do usuário de drogas como de seus familiares que acompanham o processo de recuperação.

As técnicas da terapia cognitiva comportamental possibilitam ao paciente fazer modificações em seus hábitos rotineiros e organizar seus horários de sono, alimentação, estudos, trabalho e lazer de maneira mais saudável e equilibrada.

As limitações da aplicação deste referencial teórico e a gama de técnicas propostas está na necessidade de pré-requisitos cognitivos como funções executivas para que ocorra a identificação das crenças disfuncionais e das distorções cognitivas para então, propor a reestruturação cognitiva.

1.2.3 Principais comorbidades associadas à dependência química

A terapia cognitiva comportamental se destaca como uma metodologia eficiente para tratar dos pacientes que buscam ajuda para o tratamento do uso e abuso de substâncias psicoativas e de suas principais comorbidades:

Transtorno bipolar do humor (cuja prevalência pode atingir de 20% a 30%); transtornos depressivos (20% a 40%), transtorno de ansiedade (15%); fobia social (20%) e indivíduos com transtorno de personalidade (44%). (Grant, 1997). Na área da saúde mental também se faz necessário conhecer e dominar diferentes técnicas terapêuticas que facilitam a aquisição dos nossos principais objetivos, visando sempre a melhora do paciente. Neste sentido, as técnicas de manejo veem sendo desenvolvidas para o tratamento desta população.

Transtorno bipolar do humor

Este transtorno do humor, frequentemente comorbado à dependência química, apresenta forte componente biológico e a sua principal forma de tratamento é através da utilização de medicamentos estabilizadores do humor. Esta é uma doença crônica, que uma vez diagnosticada, o paciente necessita ser assistido por profissionais da área da saúde. Os pacientes com Transtorno Bipolar precisam aprender a manejar a raiva e a identificar e avaliar seus pensamentos e crenças.

Transtorno Psicótico

Para o tratamento das psicoses a terapia cognitiva comportamental propõe: a técnica de normalização (King Don e Turkington, 1991); técnica de reforço das estratégias de enfrentamento (Tarrier, 1987) e técnica dos módulos (Fowler, 1995). Nestas técnicas o ponto chave é entender o que forma e o que mantém o fenômeno psicótico. Pressupõe que exista um elo entre o conteúdo delirante e a

história real do paciente, faz-se necessário considerar a natureza das experiências psicóticas vividas pelo paciente e o estabelecimento de novas perspectivas para os problemas individuais e autoregulação dos sintomas.

Depressão

Aeron Beck (1964), ao propor a terapia cognitiva, pressupõe que a psicopatologia é resultante de significados mal adaptativos que o indivíduo constrói em relação a si, ao contexto ambiental e ao futuro. Estes três aspectos juntos compõem a tríade cognitiva. Segundo ele, são os pensamentos e as imagens distorcidas, a base da depressão. No caso da depressão, a Terapia Cognitiva Comportamental trata o paciente a partir do entendimento de que os sintomas são resultados destas distorções cognitivas e se faz necessário realizar um precioso diagnóstico para poder propor um plano de tratamento. O indivíduo deprimido apresenta pensamentos negativos e desadaptativos, que emergem na consciência automaticamente e dependendo da gravidade do quadro depressivo, tornam-se autônomos e ativos, prevalecendo sobre as demais cognições. Em uma conceituação cognitiva comportamental é necessário entender o funcionamento do paciente e para iniciar a formulação do novo diagnóstico do paciente. Faz a análise dos problemas atuais, como estes problemas se desenvolveram e como eles são mantidos.

Transtorno de ansiedade

Podem ser específicos como síndrome do pânico, agorafobia e transtorno obsessivo compulsivo. Estes transtornos poderão ser tratados com a utilização dos ansiolíticos e antidepressivos.

Transtorno Obsessivo Compulsivo

É um transtorno que se caracteriza por pensamentos, ideias e imagens intrusas e involuntárias que provocam ansiedade (obsessão) e por rituais mentais ou comportamentais realizados para neutralizar esta ansiedade (compulsão). A Terapia Cognitiva Comportamental para o tratamento do Transtorno Obsessivo

Compulsivo baseia-se no modelo de tratamento proposto por Beck e as estratégias mais utilizadas são: eliciação e discussão dos pensamentos automáticos e intrusos: a modificação da interpretação irrealista sobre o pensamento mágico e a fusão do pensamento com a ação. O esclarecimento sobre os efeitos de não ritualizar e o questionamento socrático também são importantes técnicas utilizadas para o tratamento deste transtorno.

Fobia Social

Rey e Lacava (2008) sugerem que a Terapia Cognitiva Comportamental seja empregada, juntamente com a farmacoterapia, para o tratamento de pacientes com fobia social, para que os efeitos negativos do transtorno sejam minimizados. A reestruturação cognitiva é uma importante técnica no tratamento deste transtorno, pois o paciente aprende a manejar a ansiedade, ocorrendo um rebaixamento do humor ansioso e possibilitando uma maior adaptação do paciente em situações do cotidiano.

Considerando a reação de ansiedade, frente a uma variação de situações sociais como falar em público, iniciar uma conversa, ou outras situações de interação social que o paciente não consegue enfrentar com sucesso, é de grande valia a utilização de técnicas de enfrentamento da realidade. Os resultados das pesquisas demonstram que a reestruturação cognitiva e também as estratégias de exposição são terapias eficazes para o tratamento de fobia social. Através desta revisão de teórica fica explícita a importância da Terapia Cognitiva Comportamental para o tratamento da dependência química e de suas comorbidades. A clareza do diagnóstico das principais comorbidades psiquiátricas e clínicas favorecem o tratamento, pois o paciente precisa também ser assistido nestes aspectos. São os objetivos da Terapia Cognitiva Comportamentais para os portadores de transtornos:

(1)-educar pacientes, familiares e amigos sobre o transtorno e orientar sobre seu tratamento e dificuldades associadas à doença. (2)-auxiliar o paciente a ter um papel mais ativo no tratamento (3)-ensinar métodos de monitoramento de

ocorrência, gravidade e curso dos sintomas. (4)-facilitar a cooperação com o tratamento (5) oferecer técnicas para lidar com os pensamentos, emoções e comportamentos indesejáveis (6)-ajudar a controlar os sintomas leves, evitando a necessidade de alterar a medicação (7)-ajudar a enfrentar melhor os fatores que podem desencadear episódios de mania ou de depressão (8)-diminuir traumas e estigmas associados ao Transtorno (9)-aumentar o efeito positivo dos familiares (10)-ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.

Na terapia cognitiva comportamental considera-se que pensamentos e crenças disfuncionais estão associados aos problemas; e que as reações (emocionais, fisiológicas e comportamentais) estão associadas ao seu pensamento. A partir daí o terapeuta procura entender como o paciente desenvolveu a sua dependência de substâncias psicoativas e comorbidades, fazendo um mapeamento da desordem psicológica particular, utilizando-se das seguintes questões: quais as aprendizagens e experiências contribuíram para seus problemas atuais. Quais são as crenças, expectativas, regras e pensamentos relacionados ao consumo de substâncias. Como o paciente pode enfrentar as suas crenças disfuncionais e modificá-las. Que mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais positivos ele poderá usar.

Durante as sessões o terapeuta constrói uma conceituação cognitiva com o paciente e continua a refinar esta conceituação durante o processo terapêutico. Esta formulação auxilia no planejamento de uma terapia eficiente e efetiva (Persons, 1992). O modelo cognitivo reconhece que cada pessoa tem um perfil de personalidade único que se compõe de diferentes níveis de probabilidades para responder de uma maneira específica, em um grau específico, a uma situação específica. Este tipo de terapia é eficaz para tratar dos transtornos compulsivos e auxiliar a eliminar os comportamentos indesejáveis, por exemplo, na tricotilomania, eliminar o comportamento de arrancar cabelos.

Para a formulação do caso, de acordo com Beck (1964) o psicólogo deve: conceituar a queixa (problema). Desenvolver uma relação colaborativa (cliente e terapeuta). Formular a queixa (problema). Estabelecer metas de trabalho. Informar

e “educar” ao cliente sobre a proposta da terapia cognitiva comportamental. Fazer as Intervenções e aplicações das técnicas nesta abordagem e propor a Prevenção de recaída. O objetivo da análise funcional é identificar o comportamento-alvo da intervenção (aquele que está inadequado) e os elementos do ambiente que estão ocasionando e mantendo esse comportamento. Interessam e são considerados: (1) o produto do comportamento, (2) seu contexto de ocorrência e (3) as operações motivadoras subjacentes a esse comportamento. Em posse das informações, o terapeuta descreve as relações comportamentais objetivamente, permitindo ao cliente interessado acompanhar os passos do diagnóstico e do tratamento. A análise funcional é um processo contínuo que também auxilia descartar hipóteses insustentáveis e a mudar os caminhos a serem percorridos no tratamento, caso seja necessário. A análise funcional:- serve de suporte para o trabalho terapêutico, demonstra a funcionalidade do cliente, - possibilita a avaliação das crenças centrais e dos pensamentos automáticos, proporciona a compreensão do sintoma, detalha a etiologia da queixa e explica os comportamentos passados, os atuais e prediz possíveis comportamentos futuros. É uma abordagem de cunho educativo, tendo características de psicoterapia breve, com sessões estruturadas. Após a análise funcional é feito o plano de tratamento com objetivos claros a serem atingidos.

A análise funcional de um comportamento consiste em coletar todas as informações que se tem sobre a vida atual e passada do indivíduo e seleciona aquelas variáveis que parecem ter relação causal com o comportamento analisado e, na verdade, somente se tem certeza da escolha das variáveis corretas após sua manipulação (em geral, durante o processo de intervenção). Num primeiro momento as relações estabelecidas são meramente hipotéticas. As hipóteses levantadas vão sendo confirmadas ou refutadas ao longo do processo. Podemos estabelecer alguns passos para a formulação do caso: observação do comportamento, identificação do comportamento-problema, identificação das consequências deste comportamento, identificação do contexto da ocorrência deste comportamento, identificação das operações que motivam este comportamento. Propõe a verificação das hipóteses formuladas e finalmente, a

avaliação do sucesso do tratamento, referente à modificação e a melhora dos pensamentos e comportamentos.

Na visão da terapia cognitiva comportamental as compulsões, comportamentos compulsivos ou aditivos são hábitos aprendidos e seguidos por alguma gratificação emocional, normalmente um alívio de ansiedade e/ou angústia. São hábitos mal adaptativos que já foram executados inúmeras vezes e acontecem quase automaticamente.

A terapia cognitiva comportamental ocupa-se da identificação e correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizamos casos clínicos. Extensamente utilizadas no tratamento das compulsões às técnicas cognitivas e comportamentais têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos. Utiliza-se o registro de pensamento para se identificar as crenças e pensamentos disfuncionais e estes serões modificados pelo acesso a pensamentos alternativos e respostas adaptativas, facilitando assim, a mudança de humor e do repertório comportamental.

Essas técnicas auxiliam o paciente a fazer um mapeamento de sua vida, a identificar dos sinais típicos iniciais da hipomania, mania e da depressão, bem como traçar um gráfico da variação de humor.

1.2.4 As influências familiares no processo da dependência química e da recuperação

EM 1980 Terkesen definiu a família como sendo um pequeno grupo social composto por indivíduos que se relacionam uns com os outros em razão de fortes lealdades e afetos recíprocos, ocupando um lar ou um conjunto de lares que persiste por anos e décadas.

O que caracteriza a família são as funções desempenhadas por seus membros e as inter-relações que ficam estabelecidas entre pais, filhos, irmãos e outros

membros de uma família. A família é um sistema aberto, em constante transformação: o nascimento de um bebê, o afastamento de um ente querido, o casamento de um filho, a doença grave ou a morte são fatores que modificam o funcionamento do sistema familiar.

A família chamada nuclear é composto por pai, mãe e filhos e está sendo cada vez mais difícil de manter agregada, pois o sistema familiar vive uma crise contemporânea, devido principalmente à mudança social da mulher, que se tornou mais independente e até compete com seu companheiro em alguns aspectos. Observa-se atualmente um número cada vez maior de casais separados, onde o casal vai reconstituir novos lares.

Em uma nova constituição familiar, é difícil a adaptação, pois a convivência com estes novos companheiros poderá despertar ciúmes, revolta e até agressividade dos filhos. É necessário procurar preservar um clima amistoso, pois o tipo de atitude que é vivenciada no lar, a forma de comunicação, e a expressão dos sentimentos influenciam diretamente na formação da personalidade da criança e do adolescente. A família é a base para o crescimento saudável da criança e do adolescente; é no âmbito familiar que o indivíduo nasce, cresce e se fortalece para enfrentar os desafios do futuro.

René Spitz (1979) revela que a mãe é capaz de identificar os diferentes tipos de choro do bebê e associá-los à satisfação de suas necessidades: fome, dor sono, manha, entre outras. Na relação mãe-bebê existe uma co-dependência onde o comportamento do bebê influencia e modifica o comportamento e rotina de vida da mãe. Esta primeira relação humana é estabelecida de forma natural e para ser considerável saudável precisa evoluir rumo à independência e autonomia tanto da mãe como da criança. Cada nova etapa do desenvolvimento da criança é um desafio à capacidade de flexibilidade dos pais, pelo muito que deles é exigido em termos de mudança de conduta e atendimento às solicitações e necessidades de seus filhos.

Educar os filhos é uma tarefa difícil e complexa. Cada nova etapa do desenvolvimento da criança é um desafio. A arte de educar consiste, sobretudo, na possibilidade de acompanhar a trajetória do crescimento da criança, que vai da dependência total, para a autonomia. Desde que nasce, enquanto cresce e se desenvolvendo a criança precisa sentir-se querida para ser emocionalmente equilibrada e, na vida adulta, alcançar o seu potencial. Quando a criança é amada e apreciada pelos pais, ela própria vai se apreciando e se amando, desenvolvendo assim uma autoestima positiva. Os pais precisam estar atentos aos comportamentos de seus filhos, pois qualquer alteração inadequada ou desajuste é um sinal de que algo não está bem. Hoje a família vive um questionamento em relação aos papéis e funções do pai, da mãe. É importante refletir sobre as causas ou as consequências das relações familiares nos padrões de comportamentos dos filhos e qual a influência da família na prevenção do uso de drogas na adolescência.

O uso de substâncias psicoativas por parte de um membro da família, muitas vezes, é um meio de eliminar a sensação de dor, medo, infelicidade e de que tudo está perdido na vida. Mas, qualquer que seja a situação, é necessário dialogar de forma aberta e sincera sobre o problema, sem fazer distorções da realidade, pois a família precisa saber o que realmente está acontecendo e seguir as orientações dos profissionais ou pessoas com competência que possam orientá-los em como conduzir a situação da melhor maneira possível. Para superar a crise e ajudar o dependente é necessário coragem, coerência e cumplicidade por parte dos membros da família. Tomar estas atitudes é procurar a verdade, querer enxergar e corrigir o que está errado. Reorganizar a vida do jovem ou do dependente e da família onde as dependências e os comportamentos mal-adaptativos já foram instalados. Este é um difícil processo terapêutico que requer na família força, fé, determinação, paciência, amor e ancoragem na ciência, através da escuta de profissionais especializados e na espiritualidade, no acreditar em uma vida mais saudável e equilibrada.

Na maioria das vezes, o dependente químico pode achar que interrompe o uso a hora que quiser e que ele não precisa de tratamento, seja no ambulatório (consultas) ou internação. Quando o dependente inicia o tratamento e fica abstinente do uso de substância, conseguindo assim, a desintoxicação orgânica, apresentando melhoras, ele vai afirmar e achar que já está recuperado e que pode interromper o seu tratamento. Mas a família precisa ouvir os profissionais e seguir as orientações da equipe terapêutica, quanto à evolução e as etapas do tratamento.

O profissional precisa saber quais são os membros da família que estão engajados e que servem como referência para acompanhar o processo terapêutico. Quando um filho apresenta uma dificuldade, é muito importante que os pais tomem providências e enfrentem a crise logo que ela apareça. A família precisa se unir e se empenhar, encontrando a saída que representa o compromisso da mudança. A situação é difícil, dolorosa e existe a tendência dos familiares de amplificar ou minimizar o problema, daí a extrema importância de uma avaliação médica, baseada em critérios diagnósticos para poder orientar os familiares e elaborar um projeto de tratamento para o paciente.

1.2.5 A Neuropsicologia como ciência

Outro campo do conhecimento que dará aporte para esta pesquisa é a **neuropsicologia**, no que se refere à escolha de instrumentos para avaliação das perdas cognitivas causadas pelo uso do crack e também para operacionalização das variáveis dependentes.

A Neuropsicologia é a ciência que estuda as relações entre o comportamento e o cérebro em condições normais ou patológicas. Estuda as alterações cognitivas, emocionais e comportamentais decorrentes do funcionamento cerebral e também identifica os possíveis danos cerebrais e quais as conseqüências destes danos no comportamento e na vida do indivíduo. A neuropsicologia foi oficialmente reconhecida pela American Psychological Association (2000) e foi classificada como

uma área da neurociência que investiga as relações entre a manifestação do comportamento humano e o correspondente funcionamento do sistema nervoso central ao longo do seu desenvolvimento.

Esta nova ciência dedica-se ao estudo da expressão comportamental do funcionamento e das disfunções cerebrais e esta relacionada com diferentes áreas do conhecimento: neurologia, neuroimagem e psiquiatria. Seus estudos se referem ao comportamento humano, seja quando apresentados de maneira normal ou alterada. As pesquisas relacionadas a neurociências demonstram perdas nas funções cognitivas relacionadas ao consumo de drogas. A investigação neuropsicológica relacionada ao consumo de crack contribui para esclarecer quais os prejuízos cognitivos encontrados em dependentes, podendo assim, planejar uma recuperação cognitiva (Almeida et al, 2008).

O avanço nos conhecimentos científicos tem demonstrado a importância da identificação do diagnóstico precoce de problemas cognitivo-emocionais. Prejuízos cognitivos como dificuldades para iniciar uma ação, planejar, compreender, abstrair e outros, provocam consequências psicológicas e sociais. Problemas de memória promovem redução da autoestima, insegurança, angústia e sentimentos de solidão (Baddeley, 1995).

A neuropsicologia teve um maior desenvolvimento a partir de 1940 e entre os anos 1950 e 1960 foram realizados estudos os psicofármacos e os déficits cognitivos e investigações psicológicas como objetivo de diferenciar quadros orgânicos de quadros emocionais. O diagnóstico de dano cerebral tornou-se cada vez mais precioso nas últimas décadas como resultado da melhor visualização da estrutura cerebral através dos exames de imagens: tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia computadorizada por emissão de fóton único e tomografia por emissão de pósitron. Houve também uma grande expansão no uso de avaliações neuropsicológicas e testes para o entendimento das diversas alterações do sistema nervoso central. O principal objetivo deste diagnóstico é entender e melhorar as relações específicas do funcionamento cerebral e do comportamento e das consequências psicossociais destes danos. A

neuropsicológica busca entender o funcionamento cognitivo global e identificar as disfunções cognitivas decorrentes de alterações no sistema nervoso central. Estes estudos auxiliam no diagnóstico das patologias neurológicas e também orientam um programa de reabilitação cognitiva e comportamental. A avaliação neuropsicológica é um processo de natureza clínica que envolve a interação do psicólogo com o paciente e com a família. Os métodos de avaliação empregados são diversificados, mas o diagnóstico começa pela história clínica, que serve principalmente para nortear o processo de avaliação neuropsicológica.

As alterações neurobiológicas provocadas pelo uso de drogas (cocaína e crack) na região do córtex cingulado estão relacionadas a prejuízos atencionais. Deste modo os estímulos referentes ao consumo da droga ganham importância e valor desproporcionais, passando a interferir em demasia na vida do adicto, por meio de episódios de compulsão (fissura). Estes comportamentos também ocorrem devido às alterações e falhas do controle inibitório, função sediada no córtex pré-frontal e responsável pela supressão de estímulos e memórias capazes de interferir no processo primário relacionado ao uso de drogas (Garavam e Hester, 2007).

Existem comprometimentos cognitivos que podem ser considerados agudos, ou seja, presentes em curto espaço de tempo, enquanto a droga está circulando no organismo e também existem os efeitos crônicos, que podem persistir por anos, podendo ser reversíveis ou não. A reversibilidade dos prejuízos cognitivos causados pelo consumo de drogas é a principal intenção da reabilitação neurológica dos usuários de crack.

As pesquisas realizadas por Berchtold, et al (2010) apontam que a plasticidade cerebral contribui significativamente para a minimização dos déficits relacionados a atenção, abstração, fluência verbal, memória e função executiva. A plasticidade cerebral refere-se à habilidade de mudança que o sistema nervoso apresenta ao longo do desenvolvimento humano. Esta habilidade possibilita o aprendizado de coisas novas ao longo da vida. A plasticidade decorre do processo de maturação neuronal, ou seja, de mudanças neurobiológicas que caracterizam as primeiras

sinapses, ainda no período pré-natal, prolongando se até a complexidade de um cérebro adulto.

No caso da reabilitação neurológica e cognitiva, a plasticidade pode ser manifestada a partir da alteração e da inclusão de novos hábitos cognitivos. Desta forma podemos dizer que a recuperação das funções cognitivas depende tanto da plasticidade neural, quanto da plasticidade funcional, ou seja, do grau de recuperação possível de uma função por meio de estratégias de comportamentos alterados e este reajuste nada mais é que a modificação provocada pela experiência. Isto é possível porque os neurônios, em diferentes regiões do cérebro exercem diferentes funções. Estas áreas se interconectam para gerar respostas comportamentais complexas e quando estas áreas apresentam prejuízos, ocorre um trabalho de estimulação e os neurônios próximos exercem as funções daqueles que perderam parte da sua propriedade, ou seja, apresentam lesões causadas pelo uso crônico de drogas.

A avaliação neuropsicológica tem como objetivo mensurar e compreender cada função cognitiva assim como o funcionamento cerebral como um todo. O funcionamento cerebral depende dos sistemas que são interligados, onde um exerce influência no outro. Para a realização da avaliação o psicólogo, especialista em neuropsicológica vai utilizar instrumentos padronizados, com provas verbais e não verbais e as baterias dos testes serão selecionadas para cada paciente de acordo com o nível cultural, a idade as queixas e o objeto de investigação. Além dos instrumentos de avaliação o profissional vai se utilizar da observação clínica, dos relatos da vida diária do paciente, de entrevista com ele e com seus familiares, para coletar dados, bem como coletar informações com outros profissionais que atuam na escola, centros de atendimento e grupos de apoio.

Após ser realizado um diagnóstico de dependência química, a função executiva merece especial atenção. A definição desta função cognitiva inclui a capacidade de tomada de decisões, planejamento, resolução de problemas, flexibilidade mental e monitoramento do comportamento. (Cunha e Novaes, 2004).

A possibilidade de utilizar os conhecimentos da neurociência no tratamento da dependência química vem agregar possibilidades de recuperação para aquele que tem o desejo de se libertar do uso de drogas, pois com estes conhecimentos e através de técnicas e instrumentos de avaliações específicas para cada função cognitiva, pode-se mapear as funções preservadas e as prejudicadas. Esta aliança de conhecimentos favorece o paciente e também os profissionais ao planejarem a reabilitação das funções que se apresentam alteradas e mensurar se houve uma regeneração das funções, a saber: atenção, concentração, linguagem, memória e função executiva.

Os profissionais da área da saúde necessitam de informações para diagnosticar e precisar o grau e o avanço das doenças relacionadas às perdas cognitivas e também fazer um prognóstico, seja ele positivo ou sombrio. Apesar das dificuldades encontradas na área da reabilitação cognitiva, sejam eles de ordem basal orgânica, motivacional ou devido ao meio, os resultados do estudo apontam que é possível uma reabilitação cognitiva em usuários de crack.

A neuropsicologia contribui com informações importantes para o tratamento da dependência química e servem de aporte para as diferentes abordagens teóricas que se propõe a oferecer algum tipo de psicoterapia para os dependentes de drogas. Do ponto de vista epistemológico podemos citar, entre outras, a psicanálise, a fenomenologia, a terapia sistêmica e terapia cognitiva comportamental, que já foi explicada no Marco Teórico, uma vez que embasa a presente pesquisa.

A avaliação neuropsicológica auxilia no diagnóstico de possíveis comorbidades associadas à dependência. Com os recursos da neuropsicológica pode-se também coletar dados para o prognóstico, indicar possíveis habilitações e reabilitações, orientar quais as melhores estratégias a serem utilizados e através dos testes ecológicos, auxiliar em uma melhor qualidade de vida e acompanhamento do quadro e do tratamento do paciente. A investigação das funções e dos processos cognitivos é realizada de maneira individual, mas na

maioria das vezes a avaliação abrange: atenção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afeto e conduta.

O exame neurocognitivo na maioria das vezes se inicia com a avaliação dos processos atencionais: atenção focada, atenção concentrada, atenção dividida e alternada, ou seja, até que ponto o paciente é capaz de inibir os estímulos distratores, sejam eles internos como pensamentos e devaneios ou externos, por exemplo, barulho, música ou televisão ligada e ele se concentra para realizar uma tarefa. A atenção é uma dimensão da consciência que designa a capacidade para manter um foco na realização de uma tarefa e também o esforço voluntário para selecionar certos aspectos de um fato, fazendo com que a atividade mental se volte para ele, em detrimento dos demais.

A memória é outro sistema muito importante para a recuperação do paciente, pois dela depende a sua noção de self (quem eu sou), a sua história de vida e a continuidade em busca de metas e objetivos futuros.

Korsakoff (1895) publicou os primeiros estudos sobre síndrome amnésia, ou seja, comprometimentos no funcionamento da memória. Nesta busca da compreensão da relação entre o comportamento e o funcionamento cerebral, no campo da dependência química, a neuropsicologia contribui para detectar qual o grau e interferência, déficit ou dano das substâncias tóxicas no sistema nervoso central, no funcionamento cognitivo e no comportamento do paciente.

Spreen (1998) organiza o Compendio de Neuropsicologia, compilando instrumentos neuropsicológicos e estes foram alguns dos instrumentos utilizados na pesquisa cujo principal objetivo é fornecer informações relevantes e atuais sobre os testes neuropsicológicos mais usados, norteados por uma ciência baseada em evidências. O que temos é um guia, que orienta os procedimentos e as propriedades psicométricas e enfatiza a relevância da entrevista clínica, inclusive com a apresentação de um modelo de questionário completo como sugestão de entrevista para adulto e infantil.

Segundo Palmini (2007), é importante adotar o conceito de patologias da vontade para entender o processo neurobiológico envolvido na dependência do uso de drogas. O autor descreve da seguinte maneira o trajeto neurobiológico no qual a droga se torna relevante: “enquanto o drive para a busca de recompensas imediatas – que sinalizam o atendimento de instintos básicos de sobrevivência animal e no homem associam-se a comportamentos que trazem prazer ou alívio imediato. A capacidade de modular estes comportamentos evoluiu com o desenvolvimento das regiões corticais pré-frontais, ou seja, com a evolução do homem medida. Assim, a consistência biológica, por assim dizer, das estruturas subcorticais que propõe comportamentos visando ao prazer ou alívio imediato é muito maior e muito mais aperfeiçoado no tempo de que a consistência das estruturas corticais pré-frontais que modulam estes comportamentos”. O pesquisador descreve este percurso e explica que o uso repetido de drogas modifica as células e isto gera um estado químico cerebral no qual a vontade do indivíduo em buscar a droga fica cada vez maior, para poder amenizar ou interromper as sensações disfóricas. Ou seja, a vontade já não é pela busca do prazer e sim para escapar do desprazer, do desconforto psíquico e físico.

Garavan e Hester (2007) descrevem a correlação entre memória de trabalho e controle inibitório em usuários de cocaína e fazem uma correlação positiva entre uso abusivo de cocaína e comprometimento na memória de trabalho, e na dificuldade os pacientes de inibir as suas ações, bem como controlar os seus comportamentos compulsivos.

Os estudos da neurociência vêm se desenvolvendo de formar a delinear com maior clareza o funcionamento cerebral e as áreas relacionadas ao desempenho das funções cognitivas e das áreas corticais. As principais desordens neurológicas encontradas em pacientes que fazem uso abusivo de substâncias como álcool e outras drogas são:

Afasia-desordem de linguagem, decorrente de lesão cerebral e, áreas do cérebro que instrumentam esta função, que se caracteriza como falha na expressão ou na compreensão de linguagem.

Alexias-desordem de leitura, por negligência ou desconexão semântica, que dificultam a leitura e a compreensão de textos.

Agrafia-desordem na escrita que podem ser linguísticas ou motoras.

Acalculia-dificuldade para fazer cálculos devido ao prejuízo na organização mental e raciocínio lógico.

Agnosia-desordem no acesso à memória associadas a distúrbios de atenção e dificuldades no funcionamento cerebral.

Negligência-incapacidade em relatar, responder e orientar estímulos novos ou significativos, que envolvam processamento, atenção e orientação pessoal.

Amnésia-desordem de memória, que geralmente estão associadas às lesões em lobo temporal medial, regiões diencefálicas e pré-frontal.

As queixas clínicas os usuários de longo prazo nos fazem pensar que tais consequências existem e a avaliação neuropsicológica através da utilização de testes padronizados pode investigar fenômenos pontuais no funcionamento, principalmente das funções executivas, ou seja, no grupo de habilidades superiores como o planejamento, a decisão, a motivação, que estão relacionadas ao funcionamento do córtex pré-frontal.

Questões fundamentais para a existências podem ser clarificadas através de avaliações e testes que auxiliam o paciente a se conhecer melhor e alcançar uma nova visão de mundo e maneira de se situar no contexto sócio familiar.

Nota-se que as pesquisas sobre os déficits cognitivos causados pelo consumo de substâncias psicoativas se intensificam na década de 80 e as principais alterações encontradas foram déficits de atenção, concentração e memória. (Nassif, 2003). Tratando-se do fenômeno das dependências não se pode apenas focar as adversidades do meio, pois o dependente não adere apenas ao objeto externo da droga, mas também sofre de um impacto interno, que se expressa como um estado psicológico da dependência. Este estado interno demonstra a relação do

sujeito com a droga, relação esta que também precisa ser clarificada, avaliada e compreendida para que se elabore uma melhor proposta de tratamento.

Na dependência química, o paciente apresenta um intenso impulso pelo consumo da substância, em detrimento de outros comportamentos que poderiam ser mais vantajosos em longo prazo e estas características estão relacionadas a falhas e dificuldades no funcionamento executivo: expectativa de prazer, com uma visão em túnel em relação ao uso da droga, ou seja, ele acha que só a droga pode lhe dar prazer e bem estar.

Com o desejo de acompanhar a transição entre a investigação e aplicação da neuropsicologia, bem como o avanço da farmacologia e dos exames de neuroimagem, apresenta-se atualmente uma visão interventiva, com a utilização de técnicas expressivas que motivem o paciente no seu processo de tratamento e reabilitação. A visão de se prevalecer deste avanço da ciência para auxiliar no tratamento do dependente é uma posição mais realista frente aos problemas que precisa enfrentar na vida. Pode-se ter um olhar real, porém mais otimista, rumo a uma nova maneira de viver, mais saudável e equilibrada.

1.3 Marco substantivo

1.3.1 Retaguarda familiar e religiosidade

Na caracterização da amostra, há referência quanto à retaguarda familiar, ou seja, a análise do ambiente de procedência do paciente e por retaguarda familiar entende-se que o usuário poderia viver com familiares consanguíneos e que houvesse algum membro da família engajado no tratamento, pois na abordagem multifatorial o meio pode ser um dos determinantes tanto para o desenvolvimento da doença como para o contexto do processo de recuperação.

Por religiosidade entende-se que o paciente, independente da religião e dogmas, acredita em um Poder Superior que está relacionado com a Fé, pois muitos programas de recuperação consideram ser a Fé um dos pilares do tratamento.

1.3.2 Quociente de inteligência.

Considerou-se como critério de inclusão o usuário que se apresenta QI considerado normal (acima de 70). Incluímos como variável dependente do estudo o Quociente de Inteligência, abreviado para QI, é uma medida obtida por meio de testes que avaliam as capacidades cognitivas (inteligência) de um sujeito, em comparação ao seu grupo etário. (Binet, 1905).

Lewis Madison Terman (1916) propôs o termo QI para representar o nível mental e introduziu os termos: idade mental e idade cronológica, e QI seria calculado pela divisão da idade mental, pela idade cronológica multiplicada por cem. A classificação foi: 140-121-Genialidade 120-110-Inteligência muito acima da média, 109-90-Inteligência normal ou média, 89-80-Embotamento, 79-70-Limitrofe, Abaixo de 69-Debilidade.

1.3.3 Estado de humor

Outra variável dependente considerada neste estudo foi o estado de humor: nível de ansiedade e de depressão. O estado de humor como ansiedade e depressão pode alterar o funcionamento cognitivo. Os sintomas da ansiedade e depressão interferem na atenção, capacidades de raciocínio além de gerar esquivas e dificultando o enfrentamento e resolução de problemas (Possendoro in Angilotti, 2007).

A depressão é um distúrbio afetivo, é uma doença e existe uma série de estudos científicos que demonstram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido principalmente em relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina), que são as substâncias que transmitem os impulsos nervosos entre as células. Os principais sintomas da depressão, de acordo com o DSM IV(2000) são: humor deprimido, irritabilidade e angústia, desânimo, cansaço fácil e necessidade de maior esforço para fazer as coisas, diminuição ou incapacidade para sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, desinteresse, falta de motivação e apatia, falta de vontade e indecisão,

sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio, baixa autoestima.

A pessoa pode desejar morrer e planejar uma forma de tentar suicídio. Ocorre diminuição do desempenho sexual, perda do apetite, insônia e outros sintomas físicos. Em relação ao funcionamento cognitivo pode ocorrer dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento. Embora aspectos emocionais, sociais e afetivos tenham papel central comprovado no estudo de dependentes de drogas, os aspectos cognitivos são igualmente relevantes para a compreensão dos fenômenos que caracterizam a dependência de drogas.

O termo "ansiedade" tem várias definições nos dicionários não técnicos: aflição, angústia, perturbação do espírito causada pela incerteza, relação com qualquer contexto de perigo, entre outros. A pessoa pode se sentir ansiosa a maior parte do tempo sem nenhuma razão aparente ou pode ter ansiedade apenas às vezes, mas tão intensamente que se sentirá imobilizada. A sensação de ansiedade pode ser tão desconfortável que, para evitá-la, as pessoas deixam de fazer coisas simples (como usar o elevador) por causa do desconforto que sentem. Os transtornos da ansiedade têm sintomas muito mais intensos do que aquela ansiedade normal do dia a dia. Eles aparecem como: preocupações, tensões ou medos exagerados (a pessoa não consegue relaxar), sensação contínua de que um desastre ou algo muito ruim vai acontecer preocupações exageradas com saúde, dinheiro, família ou trabalho, medo extremo de algum objeto ou situação em particular, medo exagerado de ser humilhado publicamente, falta de controle sobre pensamentos, imagens ou atitudes, que se repetem independentemente da vontade, pavor depois de uma situação muito difícil.

1.3.4 As funções cognitivas avaliadas.

A compreensão dos conceitos de atenção, memória e função executiva são essenciais para se elaborar um tratamento eficaz em relação aos usuários de drogas.

A atenção é uma função crucial que permite a interação eficaz do indivíduo com o seu ambiente, além de subsidiar a organização dos processos mentais. Por meio da habilidade atencional seleciona-se qual estímulo será analisado em detalhes e qual será levado em consideração para guiar o comportamento. Dalgalarrondo (2001) classifica a atenção da forma operacionalizada: seletiva, sustentada, alternada e dividida. A atenção seletiva é definida como a capacidade do indivíduo de privilegiar determinados estímulos em detrimento de outros, ou seja, está ligado ao mecanismo básico que subsidia o mecanismo atencional. A atenção sustentada descreve a capacidade de o indivíduo manter o foco atencional em determinado estímulo ou seqüência de estímulos durante um período de tempo para o desempenho da tarefa. A atenção alternada é a capacidade do indivíduo em alternar o foco atencional, ou seja, desengajar o foco de um estímulo e engajar em outro. A atenção também pode ser para o desempenho de duas tarefas simultaneamente. Os estudos com este tipo de atenção indicam que para a divisão da atenção, uma das informações deve estar sendo processada automaticamente, enquanto a outra requer um esforço cognitivo.

Quando o foco é voltado para o ambiente externo também pode ser chamada de percepção seletiva e quando é voltada para fatores internos pode ser chamada de cognição seletiva (Gazzaniga e Lent, 2002).

A memória envolve um complexo sistema por meio do qual o indivíduo registra, armazena retém e recupera algumas exposições préveas de eventos e experiências. A memória é uma propriedade universal da matéria por meio do qual o indivíduo dá um sentido de continuidade e noção do self, a personalidade, a história e o comportamento do indivíduo depende da memória, que também permite o acesso à linguagem e dá coerência aos pensamentos. Esta função cognitiva não é uma entidade unitária, pois é composta por múltiplos sistemas independentes que interagem entre si. (Lezak, 2012).

Segundo Tulving (1995) a memória pode ser descrita como a habilidade do organismo vivo para reter e utilizar informações adquiridas. O termo está intimamente relacionado ao conhecimento, aquisição e retenção de informação. O

termo memória diz respeito a capacidade de registrar, armazenar e manipular informações provenientes de interações entre o cérebro e o corpo ou todo o organismo e o mundo externo. É à base dos nossos sentimentos ou de qualquer atitude cotidiana, variando conforme os diferentes períodos da vida (gestação, infância, adolescência, senescência). Está intimamente relacionada com o aprendizado, uma vez que o aprendizado é a aquisição de conhecimentos e a memória é o resgate desses conhecimentos após certo tempo.

O exame do processo mnésico deve avaliar diversos itens, tanto a memória verbal, como não verbal e usar técnicas para medir o span de memória, a lembrança e o reconhecimento, bem como a capacidade de aprendizagem através da repetição e pistas semânticas (Lezak, 1995).

As funções executivas correspondem a um conjunto de habilidades que, de forma integrada, permitem ao indivíduo direcionar comportamentos a metas, avaliar a eficiência e a adequação desses comportamentos, abandonar estratégias ineficazes em prol de outras mais eficazes e, assim resolver problemas imediatos, de médio e de longo prazo (Fuentes, 2008).

A função executiva é o conjunto das funções psíquicas superiores, encarregada de controlar o processamento de informações e coordenar o comportamento, com a finalidade de organizar adequadamente a vida. (Veronezi et al, 2005). Esta função encontra-se alterada na maioria dos usuários de crack (70%) daqueles que procuram tratamento. Deve-se ainda considerar que esta deficiência compromete a capacidade do paciente em aderir às atividades propostas pelo tratamento, prejudicando assim, a sua recuperação e a prevenção de recaídas. (Fernandez e Serrano, 2010).

Goldberg (2002) considera as funções executivas como resultado das atividades dos lobos frontais que funciona como o diretor executivo do funcionamento da atividade mental humana. Para Lezak (2005), as funções executivas apresentam quatro componentes principais: a volição, o planejamento, a ação proposital e o desempenho efetivo. A volição está relacionada ao nosso comportamento

intencional dirigido para realização de metas. O planejamento engloba a identificação das etapas e dos elementos necessários para se alcançar um determinado objetivo. A ação proposital envolve a transição entre o plano para o comportamento em si ou o desempenho efetivo.

Esse comportamento deve ser iniciado, sustentado, alternado ou interrompido quando necessário e integrado a outros dentro do contexto da solução do problema atual. Não existe uma definição única para função executiva.

Podem-se considerar as funções executivas como aquelas necessárias para gerenciar o comportamento humano, que incluem: planejamento, controle inibitório, tomada de decisões, flexibilidade cognitiva, memória operacional, categorização e fluência. A dependência do crack altera o funcionamento cerebral e as funções cognitivas, pois a substância age diretamente no córtex cerebral. (Malloy, 2008).

As funções executivas são requisitadas sempre que são formulados planos de ação e quando uma sequência apropriada de respostas deve ser selecionada e esquematizada. A função executiva exerce um papel central no processo de recuperação da dependência química, tanto no controle do impulso para usar drogas como na dificuldade para interromper o uso. Desta forma podemos dizer que a reabilitação cognitiva tem um campo de abrangência amplo, pois além de propiciar uma melhor qualidade de vida, também melhora a satisfação nas principais áreas da vida, incluindo questões emocionais, comportamentais e uma melhor adesão ao tratamento. (Robbins, 1996).

1.4 Marco Histórico

1.4.1 Como surgiram as drogas

Na antiguidade, todas as drogas conhecidas eram naturais. Eram plantas, fungos ou qualquer tipo de ser vivo, como por exemplo, o cogumelo alucinógeno armanita muscaria ou flores e folhas do topo da planta cannabis sativa. Os registros arqueológicos apontam que os primeiros indícios sobre o consumo de álcool e

drogas pelo ser humano datam aproximadamente 6000 a.C. No período neolítico, os celtas, gregos, romanos e egípcios produziam e consumiam bebidas alcoólicas. Estas bebidas fermentadas eram usadas como medicamentos e eliminavam germes e parasitas. Toda a história da humanidade está permeada pelo consumo de substâncias psicoativas. Na Idade Antiga, a produção de vinho teve início na Grécia e Roma, sendo a bebida a mais difundida nos dois impérios com importância social, religiosa e medicamentosa.

Os levantamentos arqueológicos e antropológicos afirmam que a história da humanidade está permeada pelo consumo de droga e que o homem tenha usado plantas alucinógenas para se embriagar, ainda no período Paleolítico, entre 40 e 10 mil anos atrás, conforme sugerem algumas pinturas em cavernas da Idade da Pedra. Não é possível que se prove isto, mas supõe-se que vivendo da caça e da colheita, eles tenham experimentado plantas alucinógenas. Já a partir de 8000^a. C. aparecem evidências mais firmes de que os homens consumiam substâncias psicoativas. Eles usavam plantas estimulantes em rituais funerários e visionários em cultos religiosos, consumiam álcool com ópio e cultivavam papoula para consumir. Também desenhavam flores de lótus alucinógenas em vasos e fabricavam cordas e tecidos com fibras de cannabis sativa. Adotar uma abordagem no contexto histórico e cultural da dependência química implica em refletir sobre os aspectos ritualísticos e analisar o contexto em favor das inter-relações do sujeito com as drogas.

Já os hindus utilizavam tais substâncias com propósitos religiosos, onde o hábito de fumar maconha e datura era uma prática observada nas meditações budistas. Na América Central, os astecas fermentavam a pinha que deu origem à tequila e os maias conheciam o poder estimulante do cacau. Nesta região o hábito de mascar folhas de coca é conhecido e perdura até hoje.

A partir do século XVIII uma grande quantidade de medicamentos foram produzidos com os alcalóides das plantas com princípios psicoativos e no século XIX ocorreu a liberação de tais substâncias com a finalidade recreativa, proporcionando novos padrões de uso, surgindo assim, danos físicos, psicológicos

e sociais. Devido a estas consequências, o Estado criou os mecanismos de controle em relação ao consumo das drogas.

Em 1970 a questão do consumo de substâncias psicoativas foi discutida nas chamadas Três Convenções das Organizações das Nações Unidas (ONU): Convenção Única sobre Estupefacientes (1961), Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971) e Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (Viena-1988), cujo objetivo seria a extinção de todos os cultivos de plantas psicotrópicas do planeta. A definição de drogas fornecida pelos farmacologistas é: qualquer substância capaz de alterar o funcionamento normal do organismo. Esta interpretação é semelhante à definição dos gregos antigos que utilizava a palavra *Pharmakom* tanto para os remédios como para os venenos. Eles entendiam que nenhuma substância é boa ou má em si. O uso que se faz dela é que ditará as suas consequências.

De acordo com Kalivas e Volkow (2005), a dependência química é uma doença crônica do cérebro, na qual o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento cerebral. Tais alterações originam ou exacerbam comportamentos de natureza impulsiva que anteriormente pouco ou nada interferiam na vida do paciente e em seus grupos de convívio.

A Organização Mundial de Saúde (2001) esclarece que, um indivíduo está doente quando apresenta transtornos orgânicos tais como falta de ânimo, variação do peso corporal, cansaço, diminuição da capacidade física, insônia ou sono irregular. Estes são os principais indícios de doença, que evolui se agravam e pode causar a morte. Assim, a relação entre estes dados e a observação clínica da dependência química reforça o conceito de doença. As substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância orgânica e comportamento compulsivo para o consumo.

Tolerância é a necessidade crescente de quantidades de drogas para atingir o efeito desejado. As substâncias com potencial de abuso são agrupadas em oito

classes: álcool, nicotina, cocaína, anfetamina e êxtase, inalantes, opióides, ansiolíticos, benzodiazepínicos e maconha. O Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes estima que 205 milhões de pessoas em todo o mundo usam algum tipo de droga. A mais frequente é a maconha, seguida da anfetamina e a prevalência do uso de drogas ilícitas é maior entre os homens do que entre as mulheres.

Os levantamentos realizados a partir de 1987 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID) têm documentado uma tendência ao crescimento do consumo de drogas. Esses dados foram coletados entre estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras e também em amostras de adolescentes internados e entre meninos de rua. Em 1997, o CEBRID mostrou que existe uma tendência ao aumento do consumo dos inalantes, da maconha, da cocaína e de crack em determinadas capitais. No entanto, o álcool e o tabaco continuam a ocupar o primeiro lugar como as drogas mais utilizadas ao longo da vida e no momento atual (último mês) e com mais problemas associados, como por exemplo, os acidentes no trânsito e a violência.

Atualmente, o consumo de drogas está presente em todos os países do mundo. Mais da metade da população das Américas e da Europa já experimentaram álcool uma vez na vida. O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial. A maconha é mais consumida, seguida da anfetamina e da cocaína. (Cebriid, 1987).

Os Levantamentos Domiciliares realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebriid) em 2001 e 2005 mostram que o consumo de crack quase dobrou. Os dados revelam índices crescentes do consumo de crack por região do país: comparativamente do levantamento de 2001 para o de 2005, a região Sul apresentou um crescimento de 0,5% para 1,1% para o uso na vida, ficando em primeiro lugar, seguido da Região Sudeste com um aumento de 0,8% de 2001 para 2005. Não houve relato do uso de crack no Norte, porém esta

Região apresentou maior uso na vida de merla, uma forma de cocaína que também é fumada (Cebrid, 2006).

Quando se trata de uso de substâncias psicoativas e nos transtornos causados pela dependência química observa-se um maior destaque e também preocupação por parte da mídia, e nos planos e programas governamentais nacionais e internacionais, pois o uso abusivo e compulsivo de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social e de saúde pública.

De acordo com as Diretrizes Gerais para o Tratamento da Dependência Química da Associação Brasileira dos Estudos de Álcool e outras Drogas (Abead, 2010), a cocaína e o crack são responsáveis por 30% das admissões em salas emergenciais relacionadas às drogas ilícitas, a população dos consumidores é jovem entre 15 e 45 anos e a predominância se dá entre 20 e 30 anos.

Na atualidade o consumo de substância psicoativa constitui um fenômeno relativamente frequente, principalmente entre os jovens que, a partir da experimentação ou uso ocasional, muitos passam para padrões de uso nocivo e outros evoluem para os critérios da dependência. As entidades médicas como o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos e a Associação Médica Brasileira disponibilizaram-se a organizar as Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack (2012), pois foi constatada uma epidemia de uso de crack em nosso país. A estimativa da Organização Mundial de Saúde para o Brasil é que existiam 3% de usuários, o que implica em seis milhões de brasileiros consumindo esta substância.

1.4.2 A dependência química: uma doença multifatorial.

As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de drogas são conhecidas por todos e torna-se um grande problema de saúde pública. Porém se faz necessário também considerar aspectos biológicos, hereditários e estrutura de personalidade.

Paul Eugène Charbonneauem (1988) descreve que a droga se tornou onipresente: na família, nas escolas, nas seitas religiosas, nos locais de trabalho e no lazer. Esta onipresença descrita pelo autor, se por um lado nos preocupa e até nos assusta, por outro nos remete as pesquisas e estudos com o objetivo de oferecer ao dependente químico um tratamento que pode levá-lo a apresentar comportamentos mais saudáveis e um estilo de vida mais equilibrado.

Hoje existe um grande numero de cientistas e pesquisadores que buscam maneiras mais eficazes e comprovadas de tratamento, mas a questão do uso e abuso de substâncias não é tão recente quanto parece, pois o consumo de drogas acompanha a história da humanidade, seja por uma finalidade terapêutica, ritualística ou um hábito da vida profana.

Tratando-se da dependência química como uma doença física primária e também como um comportamento aprendido e mal adaptativo, se pode pensar então em maneiras de tratamento mais eficazes para os pacientes que já desenvolveram a compulsão e que tanto necessitam de ajuda. Faz-se necessário adotar critérios científicos para fazer a diferenciação entre o usuário e dependente químico.

Quem é aquele que faz uso recreativo e pode parar de consumir a hora que desejar? Quem é aquele que só consome em certas ocasiões, como por exemplo, aos finais de semana? Quem é aquele que está se destruindo, mas acha que interrompe o consumo das substâncias psicoativas a hora que desejar? Estas são questões que permeiam e estão presentes entre os usuários.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), a característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que um indivíduo continua usando uma substância, apesar dos problemas significativos relacionados a ela.

O pesquisador Edwards (2005) descreve com clareza os critérios diagnósticos para identificação da doença da dependência química:

- 1- Compulsão - é o desejo incontrolável para consumir a substância (fissura craving)
- 2- Tolerância - é a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga e isto faz com que o indivíduo necessite de uma maior quantidade para atingir o efeito desejado.
- 3- Sintomas de Abstinência - resultam das adaptações feitas pelo cérebro com uma interrupção ou diminuição do uso de substâncias. As manifestações clínicas podem ser: tremores, náuseas, sudorese, ansiedade, irritabilidade ou outros sintomas físicos ou perturbações do humor.
- 4- Relevância do consumo - O indivíduo passa a priorizar o uso e este consumo vai se tornando mais importante que os outros aspectos de sua vida: família, trabalho , e outras áreas da vida.
- 5- Estreitamento de repertório- conforme a dependência avança, o repertório pessoal torna-se cada vez mais restrito, com padrões de uso cada vez mais fixo: o indivíduo passa a ingerir a substância em horários mais fixo e as companhias e outras circunstâncias não são mais importantes para ele.
- 6- Alívio ou evitação dos sintomas- o consumo é desencadeado com o objetivo de evitar ou aliviar dos sintomas negativos da falta da droga.
- 7- Reinstalação após a abstinência – é um processo pelo qual uma síndrome que demorou anos para se desenvolver, pode se reinstalar dentro de 72 horas de ingestão.

É importante lembrar que com a apresentação de apenas três critérios acima descritos, o paciente é diagnosticado como dependente químico.

A investigação científica contemporânea se intensifica e também ocorre uma ampliação e integração de diversas áreas do conhecimento para que haja um entendimento da etiologia, diagnóstico e tratamento da dependência química. É fundamental considerar as recentes descobertas da neurociência e unir estes saberes aos conceitos sociais, psicológicos, morais e espirituais à compreensão do comportamento do usuário de substâncias psicoativas.

De acordo com o modelo moral, a dependência química é uma escolha pessoal, onde o indivíduo desrespeita as normas sociais, portanto ele precisa ser punido para se corrigir. No século XIX, nos EUA surge o modelo da temperança, que se mantém até 1933 quando é realizada, pela primeira vez, uma tentativa estruturada da busca de uma explicação etiológica para o consumo de drogas, onde Benjamim Rush marca o limiar entre o consumo cauteloso e moderado e o consumo patológico.

Em 1935 ocorre uma mudança visionária quanto ao ato de beber. Surgem os Alcoólatras Anônimos (A.A) de 12 passos que apresenta o modelo espiritual que define: “o alcoolismo é entendido como uma doença incurável, progressiva e fatal”. Este conceito também é utilizado para dependência química de outras substâncias psicoativas. Reforça o conceito de que é necessário admitir que o indivíduo seja portador de uma doença e é impotente perante o uso de drogas. A esperança de mudança consiste em entregar a sua vida e as suas vontades a uma força superior, e assim poderá seguir em recuperação. Neste modelo espiritual, o dependente precisa conhecer e praticar os 12 passos propostos:

O primeiro, segundo e terceiro passos são de cunho individual, pessoal e ligado às atitudes e crenças do momento presente. O quarto passo é o elo entre a história de vida, do passado de cada um e o presente é a base para projeção de um futuro melhor. O quinto, sexto, sétimo, oitavo e nono passos formam um elo entre o Eu e o Outro, refletindo os erros do passado e também a esperança de construir relacionamentos mais saudáveis, e finalmente os passos dez, onze e doze são os mais presentes. São considerados os passos de manutenção.

Agora, vamos apresentar resumidamente o que significa cada passo no modelo espiritual de tratamento para a dependência química:

Passo 1- “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, às drogas e as pessoas, e que tínhamos perdido o controle de nossas vidas”.

Neste primeiro passo o dependente precisa eliminar os seus mecanismos de defesa que usa para proteger o seu “Eu” e não enxergar a gravidade da doença.

Ele nega, minimiza, projeta e não assume que é portador de uma doença e necessita de ajuda e tratamento. Também precisa praticar os princípios espirituais do programa: serenidade, aceitação, honestidade, humildade, mente aberta e boa vontade.

Passo 2- “Viemos acreditar que um Poder maior do que nós que poderia devolver a sanidade”.

Com a prática deste passo o dependente preenche o vazio deixado pela falta da droga e também se fortalece com a esperança e a fé. A busca da sanidade significa não cometer os mesmos erros e praticar ações em prol da saúde física, mental, ter paz e uma melhor qualidade de vida. A recuperação é um aprimoramento interior e o dependente não pode apoiar-se em fatores externos para manter o equilíbrio e a serenidade que tanto busca. Ele precisa acreditar na sua capacidade de transformar o negativo em positivo, e assim, viver uma verdadeira libertação.

Passo 3- “Decidimos entregar as nossas vontades e as nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendemos.”.

Entregar exige ação. É um processo cujo principal objetivo é a decisão. Este é um passo que envolve a vida em um sentido mais amplo. É difícil entregar a sua vida e as vontades para serem conduzidas por um Poder Superior. Neste passo é muito importante o compromisso e a dedicação, pois a entrega precisa ser feita diariamente.

Passo 4- “Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos”.

Neste passo a proposta é que se faça uma avaliação de sua vida. Ele precisa refletir sobre os erros cometidos no passado. Ao escrever o inventário, o dependente precisa relatar as insanidades e conturbações que ocorreram em sua vida, contar a sua história com clareza, honestidade. Significa assumir todas as coisas que o sufocam e também poder superar o medo, a culpa, e a vergonha.

Passo 5 – “Admitimos a Deus, a nós mesmos e ao outro a natureza exata de nossas falhas”. Para viver em recuperação é preciso parar de mentir, de fugir, e de fechar os olhos para as coisas erradas. Este processo auxilia na auto aceitação. Admitir as falhas traz um crescimento espiritual e partilhando com o outro se percebe que necessita de ajuda e apoio.

Passo 6- “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus remova todos estes defeitos de caráter, Este passo vem acompanhado de esperança. É necessário que fortaleça a humildade de ver a si mesmo com clareza”. O comprometimento, a fé, a perseverança e a autoaceitação são os princípios espirituais que norteiam este passo.

Passo 7- “Humildemente pedimos a Deus que remova os nossos defeitos de caráter”. Neste passo o dependente faz uma reparação espiritual e a palavra chave é a humildade. Ele precisa praticar a espiritualidade e escolher uma rotina específica ou um ritual pessoal como a maneira de pedir a Deus que remova os seus defeitos de caráter. Ele precisa orar, meditar, refletir e também tomar algumas atitudes como aceitar, admitir e acreditar.

Passo 8- “Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado do e dispusemo-nos a fazer as reparações a todas elas”. Até aqui os passos focaram a reparação a si mesmo e ao seu relacionamento com Deus. Neste passo o dependente vai fazer as reparações para as pessoas que prejudicou quanto fazia uso de drogas.

Passo 9- “Fizemos reparações diretas a tais pessoas sempre que possível, exceto quando o fazes pudesse prejudicá-las ou a outras”. O dependente já admitiu as sua limitação, percebeu as suas falhas e neste passo ele precisa reparar os danos que causou. Os princípios espirituais que permeiam este passo são: humildade, amor e perdão. Liberdade é a palavra que descreve mais claramente a essência deste passo, pois o que ocorre é o alívio da culpa, da vergonha e consequentemente, o enfraquecimento dos pensamentos obsessivos.

Passo 10- “Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente.” A recuperação requer uma vigilância constante e é necessário dar continuidade a tudo que foi feito até aqui através da prática da reflexão diária. A meta é manter diariamente a autopercepção e sentir um bem estar ao trabalhar diariamente e fazer deste passo um hábito. O princípio espiritual que permeia esta prática diária é a disciplina, importante para a recuperação.

Passo 11- “Procuramos, através da prece e meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós o compreendemos, rogando apenas o conhecimento de tua vontade em relação a nós e o poder de realizar esta vontade.”

Com a prática deste passo, o dependente terá a oportunidade de encontrar o seu verdadeiro caminho espiritual e aperfeiçoá-lo. Para prática deste passo a dependente precisa se comprometer com a prática da oração e meditação. Somente com o princípio da fé e da coragem, ele irá viver com integridade e sentir que está satisfeito com a vida. Perceber que o seu problema não é mais uma tragédia e agora ele pode levar a mensagem para outros adictos que ainda sofrem.

Passo 12- “Tendo experimentado um despertar espiritual como resultado dos outros passos, procuramos levar a mensagem a outros dependentes e praticar estes princípios em todas as nossas atividades”. Aqui o dependente deixa de lado o seu ego, as suas vontades, os seus méritos ou as suas culpa e simplesmente transmite a mensagem de maneira positiva e se coloca disposto a ajudar quando solicitado.

Observa-se que muitos dependentes aderem a este modelo de tratamento e para fazer a manutenção de seu tratamento frequentam os grupos de autoajuda como A.A. (alcoólatras anônimos) e N.A. (narcóticos anônimos).

Considerando os estudos da área da psicologia, a abordagem psicanalítica levanta a hipótese que o dependente apresenta uma fixação em estágios anteriores do desenvolvimento psíquico, principalmente na fase oral e considera a

presença de conflitos latentes relacionados à energia libidinal, baixa autoestima, busca de poder e autocontrole frente ao sentimento de fracasso.

A partir do século XX, com a contribuição dos pesquisadores Pavlov e Skinner relacionadas ao controle e previsão do comportamento humano, a teoria comportamental esclarece que o indivíduo aprende que o consumo de substâncias psicoativas é capaz de trazer alívio e que é possível generalizar este comportamento para diferentes situações do cotidiano, aumentando assim o consumo, pois ele atinge a recompensa que deseja e mantém este comportamento. O modelo da aprendizagem social apresenta uma visão ampla das influências que o indivíduo recebe do meio para desenvolver a dependência e as teorias cognitivas reforçam a importância dos processos mentais sobre as atitudes e comportamentos.

A visão sistêmica, a terapia considera que a familiar é uma forte estratégia para o alcance do sucesso terapêutico, pois para entender as atitudes do dependente, é necessário considerar os relacionamentos com as outras pessoas e os sistemas aos quais os indivíduos pertencem principalmente do sistema familiar.

A partir de 1970 as pesquisas dentro do modelo biológico se intensificam e fica clara a influência dos processos genéticos e fisiológicos na etiologia da dependência química. De acordo com Laranjeira e Ribeiro (2012); “contemplando o caráter multifatorial da gênese e da manutenção do uso indevido de substâncias psicoativas, o conceito atual de dependência química considera que qualquer padrão de consumo é constantemente influenciado por uma série de fatores de risco e de proteção, de natureza biológica, psicológica e social”.

Sendo então a dependência química uma síndrome multifatorial, ao propor uma maneira eficaz de tratamento, é necessário identificar o conjunto de variáveis e fatores envolvidos no seu desenvolvimento. E também seguir critérios diagnósticos que se refere ao grau de gravidade e comprometimento, com um olhar singular e individualizado para aquele que necessita de ajuda e orientação.

Hoje se sabe que o circuito cerebral ligado às vontades e a tomada de decisões para satisfazer as vontades, sistema de recompensa, sustenta e reforça as bases biológicas dos comportamentos relacionados à dependência química.

Outros fatores importantes a ser considerados são: a estrutura psicológica do indivíduo, os seus recursos para lidar com as suas emoções, o histórico de vida pessoal e familiar, as possíveis morbidades físicas e psiquiátricas no histórico pessoal e familiar, a história do consumo das substâncias, considerando a oferta e a disponibilidade da droga no ambiente em que ele convive, os tipos de substâncias consumidas, o tempo e quantidade do consumo, a via de administração, os fatores estressantes e os eventos positivos e traumáticos da vida. A saber, os principais fatores que podem influenciar na dependência química são:

-fatores biológicos: predisposição genética, sistema de recompensa do Sistema Nervoso Central e resistência aos efeitos das substâncias.

-fatores psicológicos: abuso na infância, doenças psiquiátricas associadas, consumo como forma de solucionar conflitos internos ou para ser aceito por um grupo, apreço pelos efeitos vivenciados.

-fatores sociais: baixa escolaridade, exclusão social, família desestruturada, ambiente permissivo e estímulo ao consumo. Declínio da produtividade no trabalho e no estudo, perda do emprego, afastamento dos amigos, problemas financeiros, envolvimento com situações difíceis e ilícitas como tráfico de drogas, assaltos, roubos ou estelionatos para poder adquirir drogas.

As graves consequências do uso de drogas são:

-consequências físicas: pressão sanguínea alterada, úlceras, ferimentos, quedas, convulsões, acidentes com veículos, autoagressão, heteroagressividade, distúrbios do sono, alimentação, doenças sexualmente transmissíveis, maior vulnerabilidade para contrair outras doenças e somatização.

-consequências psíquicas: sentimento de desespero, solidão, abandono, oscilação do humor, euforia, depressão, baixa autoestima, medo, culpa, vergonha, ideias suicidas e homicidas.

-consequências familiares: risco de perda do parceiro, desarmonia familiar, desrespeito, manipulações, mentiras, desconfiança, chantagens emocionais e desestruturação familiar.

-consequências espirituais- forte sentimento de vazio, falta de fé na vida e em si, ficando sintonizado apenas com o uso de drogas.

Mas apesar dos diferentes fatores que influenciam a manifestação da dependência química, pressupõe-se que o dependente é capaz de mudar o seu comportamento em relação ao consumo e todos podem buscar a abstinência.

Para Focchie e Andrade (2001), o tratamento psicoterápico que apresenta mais evidências de eficácia na literatura é a abordagem cognitiva-comportamental, pois auxilia o paciente a promover a abstinência e para alcançar este objetivo o paciente pode ser orientado a fazer a prevenção de recaída, como por exemplo: a não portar dinheiro, não frequentar lugares associados ao consumo de drogas, evitar o contato com pessoas que usam drogas, não usar álcool e em alguns casos só sair acompanhado. O paciente deve treinar também as suas habilidades para recusar o uso de drogas em situações que não podem ser evitadas.

As pessoas tornam-se dependentes por razões fisiológicas e neuroadaptativas, mas os transtornos se manifestam nas diferentes áreas da vida. Dependente químico é aquele que consome substâncias psicoativas e tem por elas uma ânsia incontrolável. O consumo torna-se um hábito doentio e afeta a saúde física, desestabiliza o humor, compromete os comportamentos, desarmonizando também os relacionamentos. O dependente pode se tornar uma pessoa irresponsável, que não cumpre seus deveres e horários e vive nos extremos, pois não consegue manter-se no equilíbrio. Este descompasso nas suas atitudes altera também a dinâmica familiar e a vida ocupacional e financeira.

Ao longo de uma vivência com as drogas, a pessoa vai estabelecendo uma relação afetiva e doentia com as substâncias psicoativas, pois as mesmas são realmente sedutoras devido aos efeitos psíquicos que proporcionam. Por causa deste forte prazer causado pelas drogas, em especial pelo crack, o indivíduo acaba se esquecendo de todas as desvantagens que o uso provoca, de todas as consequências negativas e só se recorda das consequências positivas imediatas da droga, por exemplo, o bem estar, a satisfação, a euforia, o relaxamento, a facilitação no relacionamento social.

De acordo com Fracasso, e Landre (2012), são quatro as dimensões comportamentais a serem consideradas no processo de ressocialização efetiva:

(1) o desenvolvimento individual, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras, melhor habilidade para lidar com as emoções e construção da identidade; (2) a mudança de aspecto subjetivo do comportamento relacionada às experiências e as percepções do indivíduo quanto às circunstâncias externas que fomentam o uso da droga, as motivações internas para a mudança, a prontidão para o tratamento, a identificação com o método terapêutico e a percepção crítica de mudança ao longo do processo; (3) a incorporação de princípios comportamentais e sociais, tais como a auto eficácia e o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; (4) a integração social através da cooperação e do comprometimento.

A fissura, ou forte compulsão ocorre quando há um desejo intenso de usar drogas, mas isto não significa o fracasso no tratamento. A fissura ou compulsão podem ser diferentes em intensidade e frequência, de pessoa para pessoa, mas não é um fator comum entre os dependentes de crack e o paciente precisa aprender a lidar com a fissura e superar estes momentos sem fazer uso de drogas.

Alguns pacientes até relatam não sentirem esta compulsão, porém podem apresentar outros sintomas como irritabilidade, tristeza, sensação de vazio. Muitas coisas no ambiente podem servir como eliciadores desta compulsão, podendo ser

peças, lugares, cheiros, gostos que funcionam como indicadores ou sinalizadores do desejo de consumir a substância.

Várias situações de risco para a recaída podem surgir no dia a dia: pensamentos, sentimentos e comportamentos que ocorrem podem desencadear um processo de recaída. O paciente precisa fazer um automonitoramento de seus pensamentos e interromper estas situações de crises que podem leva-lo ao consumo de drogas.

A dependência química é complexa e também muito destrutiva e existe a necessidade de pensar em uma “restauração” de todas as áreas afetadas, considerando principalmente a história de vida de cada paciente, bem como a construção de uma relação homem-mundo que se baseia em um sistema de crenças, preconceitos, medos, fantasias, sentimentos e também das potencialidades e limitações que cada um carrega consigo. Baseados nas diferentes teorias e abordagens apresentadas até aqui, propõe-se maneiras práticas e efetivas em como tratar de tão complexa doença, com o principal objetivo de libertar o dependente do consumo de tal substância e também propor a ele que abraça a oportunidade de realizar mudanças significativas em sua vida.

Cabe à equipe terapêutica fazer um bom acolhimento do paciente, amplificar os momentos onde o paciente possa se conhecer melhor e construir uma nova maneira de viver, resgatando hábitos saudáveis, e principalmente a autonomia de pensar e agir. Para a proposta terapêutica e a escolha dos tipos de estratégias mais eficazes, tipo de tratamento, tempo de tratamento é necessário realizar uma minuciosa avaliação clínica e psicológica e o profissional que trabalha com psicodiagnóstico em dependência química precisa ter uma sólida formação científica e também conhecer os fundamentos da neurobiologia.

Quando o trabalho terapêutico começa, percebe-se que os pacientes chegam com fortes defesas que se manifestam através de seus olhares, postura corporal, tom de voz e discurso. Eles podem chegar arredios, irritados, desconfiados e até agressivos. Acredita-se que estes aspectos negativos serão revertidos, pois existe dentro de cada um uma luz que já não brilha como uma das consequências do

consumo de substâncias, mas a compreensão, a escuta incondicional, o acolhimento, e a utilização de técnicas motivacionais adequadas poderão remover as barreiras iniciais e promover uma melhor adesão ao tratamento rumo à recuperação.

O acolhimento é fundamental no início do tratamento e acolher significa estar aberto para compartilhar com a vivência e o sentimento do outro, estabelecendo assim uma relação empática, e de aceitação incondicional e este é um ponto importante para aquele que se vê excluído tanto na sociedade em geral, como muitas vezes até em serviços de saúde quando alguns profissionais não se identificam com o atendimento deste tipo de clientela. No conceito francês de acolhimento, a própria instituição passa a funcionar como um espaço de transferência existencial, favorecendo assim a emergência de um verdadeiro Self (eu), que muitas vezes se encontra dividido, trazendo assim sérios conflitos e transtornos que poderão ser solucionados nos centros de tratamentos especializados.

O trabalho terapêutico visa ampliar o repertório do paciente, que ao chegar está restrito ao mundo do uso de substâncias, e também de despertar o interesse pelo seu próprio tratamento, pelas diferentes áreas da vida e de construir um novo projeto de vida, com metas e objetivos reais, sempre refletindo sobre os seus fatores de proteção e de risco, para que ele possa evitar recaídas e retorno ao uso de drogas.

De acordo com Monti e O'Leary (1999) existem situações de alto risco e habilidades sociais que o usuário de crack precisa saber manejar para evitar recaídas:

1-Situações sociais positivas ou aumento da sensação de bem estar, alimentando um pensamento do tipo: “tudo vai bem, a minha vida está ótima, eu quero me divertir”.

2-Dinheiro como um gatilho para a recaída: “Trabalhei, ganhei meu salário, paguei as contas e ainda sobrou, então posso me divertir”.

3-Necessidade de estimulação de vido ao cansaço: “estou cansado ao extremo, mas com necessidade ou vontade de ficar acordado”.

4-O consumo de álcool como um gatilho para o uso da droga. “Tenho vontade de beber com meus amigos, mas não vou usar”.

5-Efeitos negativos decorrentes do estado emocional pessoais: “Sinto me cheio de problemas e obrigações, preciso sair disto”.

6-Situações explícitas para o uso da droga: “Estou em uma festa e sei que há pessoas que usam e eu consigo a droga facilmente”

7-Necessidade de estimulação devido ao tédio: “O final de semana está um tédio, e sei que os meus amigos estão na balada.”.

8-Gatilhos explícitos para o uso da droga: ” Meus amigos que usam são pessoas boas e eu posso ficar com eles”.

9-Efeitos negativos de correntes do relacionamento interpessoal: ” Meu pai acha que faço tudo errado. Agora que parei de usar drogas ele não me valoriza”

10-Testar o controle por meio de uso limitado: “Estou sem uso há quatro meses e se usar hoje vou conseguir controlar”

11-Prontidão para o consumo: “Estou com muita vontade, vou usar e depois paro”.

De acordo com Esch e Estevano (2004), a busca do prazer é uma das atividades inerentes ao ser humano. O reconhecimento dos comportamentos que proporcionam prazer ocorre na região do cérebro denominada sistema de recompensa. Estes prazeres podem ser obtidos de forma natural, como por exemplo, um ato sexual, ou o ato de comer, ambos relacionados a sobrevivência da espécie humana. As recompensas artificiais como o consumo de drogas também são geradoras de prazer neste sistema de recompensa. Todas as sensações de prazer estão relacionadas à liberação principalmente da dopamina no sistema de recompensa cerebral. No uso caso do crack, o consumo se dá por via pulmonar, cuja administração da substância é rápida e eficaz. A fumaça tóxica

atinge o pulmão, vai para a corrente sanguínea e chega rapidamente ao cérebro. É distribuída ao organismo por meio da circulação sanguínea, e por fim a droga é eliminada pela urina.

A droga age diretamente no núcleo do prazer do cérebro, atuando no sistema de recompensa, também denominado sistema mesolímbico-mesocortical, de natureza dopaminérgica, que é composto pelo núcleo accumbens, área tegmentar ventral, amígdala e córtex pré-frontal. O crack atua sobre este sistema, aumentando a atividade da dopamina, bloqueando a recaptação deste neurotransmissor, elevando a sua concentração e tempo de ação na fenda sináptica. O aumento da concentração de dopamina na fenda sináptica é responsável por efeitos agradáveis relacionados ao prazer imediato, que causa euforia e motiva o usuário para um novo episódio de consumo. Cessados os efeitos euforizantes, surgem os sintomas opostos e durante a abstinência pode-se observar fadiga, irritabilidade, anedonia e depressão, surgindo então um desejo intenso e incontrolável pelo consumo, uma compulsão incontrolável ou fissura (World Health Organization, 2004).

Os efeitos do uso agudo do crack são: Efeitos psicológicos: euforia, sensação de bem estar, estimulação mental e motora, aumento da autoestima, irritabilidade, inquietação e sensação de anestesia, desinibição, fala intensa e acelerada, isolamento. Efeitos físicos: aumenta das pupilas, sudorese, diminuição do apetite, diminuição da irrigação sanguínea aumenta de batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, tosse, parada respiratória. Efeitos neurológicos: tiques, coordenação motora diminuída, derrame cerebral, convulsão, dores de cabeça, tremores, visão embaçada. Efeitos psíquicos: desconfiança e sentimento de perseguição, depressão como efeito contrario a euforia.

No caso de uso do crack no Brasil, observa-se que o número de usuários está aumentando. O perfil inicial dos consumidores era: jovem, desempregado, com baixa escolaridade, baixa renda, proveniente de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco, porém

o consumo do crack está se iniciando em idade cada vez mais precoce e alastrando-se pelo País por todas as classes sociais (Nappo, 2008).

Complicações sociais decorrentes do uso do crack podem se manifestar da seguinte forma: menor integração e participação social, menor capacidade de julgamento, resultando em dificuldades profissionais, familiares e sócias; comportamento violento, podendo ocorrer atividades ilícitas, prostituição, comportamento sexual de risco, disseminação de doenças e também rompimento de vínculos familiares.

O perfil mais recorrente entre usuários de crack no Brasil é caracterizado por indivíduos do sexo masculino, jovens e jovens adultos com baixa escolaridade, com padrão mais grave de consumo e com maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco dos efeitos nocivos do crack e muitos moram ou permanecem na rua em função do consumo. Também se observa o usuário de cocaína inalada ou de outra substância psicoativa, como a maconha, que migra para o consumo do crack em busca dos efeitos desejados causados pelas drogas, (Smart, 1991).

Capítulo 2

Estado da Arte

Capítulo 2 - Estado da Arte

2.1 Principais abordagens psicológicas para o tratamento da dependência química

O National Institute on Drug Abuse (Nida, 2006) estabeleceu treze princípios para pautear o tratamento e a manutenção do dependente químico:

- 1- Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes
- 2- O tratamento precisa estar facilmente disponível.
- 3- O tratamento deve atender às várias necessidades e não somente o uso da droga.
- 4- O tratamento deve ser constantemente avaliado e modificado de acordo com as necessidades do paciente
- 5- Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a sua efetividade.
- 6- Aconselhamentos e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento
- 7- Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com a psicoterapia.
- 8- A comorbidade deve ser tratada de forma integrada.
- 9- A desintoxicação é só começo do tratamento.
- 10- O tratamento não necessita ser voluntário para ser eficaz.
- 11- A possibilidade do uso de drogas deve ser monitorada.
- 12- A avaliação sobre doenças sexualmente transmissíveis precisa ser feita e também o aconselhamento em relação aos fatores de risco.

13 -A recuperação é um processo longo e muitas vezes envolvem vários episódios de tratamento. De acordo com os princípios do Nida, pode-se dizer que todas as práticas funcionam quando bem aplicadas às necessidades de cada paciente, que não há estratégia simples ou isolada que conduzam a uma melhora, uma vez que a dependência química é uma doença multifatorial e complexa.

A maioria dos estudos psicanalíticos relacionado ao consumo de drogas se preocupa em encontrar os mecanismos subjacentes ao comportamento adictivo e também buscam compreender a psicodinâmica da personalidade do adicto. A transferência é um instrumento próprio da análise e é um campo a ser construído, onde será o motor e ao mesmo tempo o obstáculo ao progresso da cura. Os problemas com amor, sexo, assunção da função materna ou paterna são alguns dos elementos da constelação sintomáticas do paciente. Então consumir ou não drogas é um ato que possibilita ao sujeito que ele tem que intervir em sua produção sintomatológica. (Segu, 2013).

De acordo com Alquicira (2012), existe a possibilidade de abrir novos caminhos e uma articulação para o tratamento de drogados e propõe os seguintes pressupostos epistemológicos:

- 1- A adição e a psicanálise não são campos teóricos separados, e que é possível encontrar um ponto de intersecção entre eles.
- 2- Sigmund Freud, o criador da psicanálise, é também um dos fundadores da farmacologia.
- 3- Freud se encontra inserido em uma trama genealógica e é produto de uma epistemologia de sua época.
- 4- Existe um fundamento meta psicológico das adições centrado essencialmente na dimensão do aparato psíquico.
- 5- E possível estabelecer uma teoria metapsicológica da memória (esquecimento) e considerar a drogadição como “uma supressão tóxica da memória”.

O psicanalista Barriguete (1973) propõe um tipo de tratamento para os adictos que busca as razões profundas dos defeitos de caráter, assim como as causas inconscientes que levam os adictos ao consumo de drogas. Para conseguir que o paciente possa crescer emocionalmente e consiga alcançar a maturidade, a missão do analista é resgatar o passado, as relações infantis de objeto do paciente para situá-las na realidade atual (e assim é que ocorre o processo de transferência-contratransferência), vencendo a resistência para tornar consciente o inconsciente. E mas: “o analista durante o processo terapêutico mostra ao seu paciente como se situa em ambientes que não repetições de seu passado”. Ele mostra também de que maneira ele deforma a realidade externa para adaptá-la a seus infantis mecanismos de relação, de deformação e lhe ensina a relação transferencial, ou seja, ele ajuda o amadurecimento da apercepção objetiva externa para adaptá-lo a realidade.

Para Eduardo Kalina em “Drug addictin” (1974), coloca o enfoque dinâmico para o tratamento das adições está em estudar e compreender as características da personalidade que subjazem as condutas aditivas, considerando um sintoma derivado das relações primárias defeituosas.

Cataño (2000) em seu artigo: *Cocaínas fumables en Latinoamérica, Adicciones*, (volume 12-541-550) apresenta que o consumo da pasta básica da cocaína aparece circunscrito no início da década de 70 na área Andina em países como Peru, Bolívia e Equador, ao mesmo tempo em que se reportam os primeiros casos nos Estados Unidos da América. O índice de prevalência de uso na vida a partir de diversos estudos é: Colômbia 1.5%, Peru 3,1%, Equador 1.0 %. Do ponto de vista psicanalítico, a droga é um objeto preexistente no imaginário e o encontro com a droga é, na realidade um reencontro. A busca da droga é um objeto que completa uma falta já existente de Ego (Escobar, 2000).

Ribeiro (2012) em tese de doutorado em Psicologia: “O tratamento para o usuário de drogas em uma Instituição orientada para redução de danos: Perspectivas a partir da psicanálise.”, na Universidade Federal da Bahia, tem como principal objetivo investigar os possíveis efeitos da prática terapêutica psicanalítica no

tratamento de dependentes de drogas. Para as considerações deste estudo foram analisados 2 estudos de caso, um cujo o sujeito era de sexo feminino e o outro do sexo masculino. Através deste estudo foi possível constatar que o diálogo da clínica psicanalítica com a política de redução de danos contribui para o tratamento oferecido os usuários de drogas, uma vez que eles podem conseguir contemplar tanto a dimensão social, como aspectos subjetivos implicados na relação que cada indivíduo estabelece com a droga.

Ferreira e Silva (2012) realizaram o trabalho qualitativo, publicado em Santa Catarina: “Crack e Toxicomania: dimensões subjetivas” cujo objetivo foi aproximar-se da realidade subjetivas dos pacientes dependentes de crack, utilizando-se do marco teórico psicanalítico para fazer um entendimento da toxicomania e as suas peculiaridades. Trata-se de um estudo qualitativo e foram entrevistados 3 sujeitos. Conclui-se que antes de tudo o toxicômano é o representante de uma realização de desejos, de um prazer tão intenso, que na maioria das vezes não se corre o risco de experimentar. Parece ser o crack um objeto que satisfaça o desejo por completo e que acabe com o desprazer. Neste estudo os autores concluem que o crack possui um poderio mágico e os pacientes ao consumi-lo curvam-se e muitas vezes se enveredam para o circuito do tráfico e da criminalidade.

A abordagem sistêmica entende os problemas familiares como padrões relacionais disfuncionais e é focado em recursos e habilidades que as famílias apresentam para solucionarem os seus problemas. A literatura aponta para a importância da intervenção breve em problemas relacionados ao uso e abuso de drogas. Afirma-se que existem evidências consistentes para recomendar a adoção de intervenções breves por ser um recurso economicamente viável, oportunizando o atendimento de muitas pessoas com problemas associados ao consumo de drogas. (Marques e Furtado, 2004).

Beavers (2000) apresentou a proposta de modelo sistêmico de avaliação da dinâmica familiar levando em consideração as seguintes dimensões: competência e interação familiar utilizando-se de instrumentos para avaliar estes aspectos.

Quanto à estrutura familiar foram considerados: poder manifesto, familiar responsabilidades, clareza de expressão, autonomia, sentimentos, empatia e conflitos que não foram resolvidos. O autor contribuiu para os terapeutas familiares ao realizarem o diagnóstico familiar conseguissem entender e classificar as famílias como: famílias ótimas, famílias adequadas, famílias centriptas médias, famílias centrifugas, famílias limítrofes e famílias disfuncionais.

Um diagnóstico correto precisa considerar os níveis de equilíbrio familiar, bem como as interações entre eles: a unidade de patologia não é uma pessoa, mas o sistema familiar. A organização do sistema em que o usuário está inserido é o foco da intervenção. O membro originalmente encaminhado para o tratamento é visto como o portador do sintoma, significando que seus sintomas são meramente a parte óbvia de um processo patológico envolvendo o sistema familiar. O objetivo do tratamento torna-se não simplesmente remover os sintomas do paciente identificado, mas modificar a estrutura patológica e o equilíbrio da unidade familiar (Minuchin, 1974).

Paz, e Colossi (2014) publicaram o artigo “Aspectos da dinâmica familiar com dependência química” a investigação foi qualitativa utilizando um estudo de caso de dependente químico e sua família e a coleta de dados se deu através de entrevistas, genograma e registros de grupo de família. Como sujeitos da pesquisa foram entrevistados um paciente e a sua mãe. A análise dos dados se deu a partir da compreensão sistêmica da família e as autoras concluíram que tratar da disfuncionalidade da família pode ser um dos fatores de proteção ao uso de drogas e prevenção de recaída.

Seadi, e Oliveira (2009) realizaram o seguinte estudo: “A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos” – Rio Grande do Sul a pesquisa é um estudo transversal com uma amostra de 672 famílias. Os resultados demonstraram que a inclusão do maior número de famílias no programa de tratamento poderá repercutir em uma maior adesão do paciente no tratamento ambulatorial.

Outra abordagem que contribui para a recuperação de usuários de droga é a **Fenomenologia**. A psicologia fenomenológica pertence ao movimento humanista da Psicologia, por enfatizar a compreensão do homem tanto nas suas condições saudáveis, como no estado de doença. É importante ressaltar que a intencionalidade da consciência, o mundo vivido, a capacidade da estruturação da relação homem-mundo e a transcendência do encontro do ser são os seus principais objetos de estudos (Jáuregui, 1995)

No artigo “Razões para Viver” Mendonça, C. A. (2006) partindo do ponto de vista fenomenológico, coloca que para tratar as adições, é importante buscar o significado que a droga tem na vida do usuário e o principal foco no tratamento é o vazio existencial, que muitas vezes a droga preenche, seja substituído por um real sentido que ele poderá dar para a vida dele. O tratamento prevê uma releitura das suas razões para viver e a elaboração de um novo projeto de vida, onde ele sinta, no âmago de si, o desejo de realizar mudanças e entenda melhor o que acontece consigo, tendo assim a oportunidade de construir uma nova relação homem-mundo.

Wandekoken e Siqueira (2013) realizaram o estudo: “Uso de Crack, é possível o (re) encantamento” cujo principal objetivo foi questionar se é possível o dependente de crack recuperar a dignidade e resgatar o sujeito, dentro de uma perspectiva humanista. Trata-se de uma revisão crítica analisando a epidemiologia do uso de crack. As autoras concluem que é possível ocorrer este(re)encantamento pela vida, desde que o usuário se envolva com o seu tratamento que almeje este (re)encantamento para a sua vida. Ainda é importante ressaltar a importância também do interesse sincero por parte dos profissionais, família e sociedade para que todos auxiliem neste resgate humano.

Silva, e Monteiro (2012) publicaram o trabalho: “Os significados da morte e do morrer na perspectiva de usuários de crack” com o objetivo de compreender o significado da morte e do morrer para os usuários de crack e desvelar os sentidos atribuídos a esses significados. A pesquisa foi quantitativa, fundamentada no método fenomenológico, com 12 usuários de crack em processo terapêutico em

regime ambulatorial, na Cidade de Teresina, Piauí. Os resultados demonstram que a morte é vista como parceira do próprio crack. Conclui-se que esse significado expressa uma vivência inautêntica, direcionada ao convívio incessante com o crack, acompanhada por sentimento de nulidade e descompromisso relacional.

Lemos e Schroeder (2012) realizaram um estudo com jovens dependentes químicos: “O sentido da vida para jovens dependentes químicos”. Participaram da pesquisa 3 jovens com idade entre 19 e 27 anos, cujo objetivo foi investigar a atribuição do sentido que os jovens dependentes dão para a sua vida. O resultado da pesquisa revela que o desejo de poder trabalhar, constituir uma família e conseguir se livrar do uso de drogas. Considera-se que este sentido que os jovens atribuem às suas vidas estão relacionadas em como as relações familiares, a fé, ao trabalho e ao seu comprometimento com o tratamento.

Oliveira, (2007) publicou o artigo “Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química” na cidade de Belém no Pará cujo foco foi respeitar a voluntariedade do sujeito para se tratar, e incentivar a construção de um ambiente terapêutico humanizado, pautado na lógica da reforma psiquiátrica e no que diz respeito a participação das famílias nos tratamentos. A amostra foi constituída por 8 sujeitos, sendo 5 do sexo masculino e 3 do sexo feminino os resultados demonstram que tanto a participação das famílias no tratamento, como as atividades que auxiliam a ressocialização são deficitárias, então propõe-se a construção de estratégias locais de ações preventivas e terapêuticas de drogadição, tendo em vista que novas ações podem suscitar reflexões sobre as políticas, as práticas, favorecendo assim os seres humanos que estão vivenciando problemas desta natureza.

Sodelli, (2007) publicou o artigo “A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas” O objetivo do estudo foi desconstruir o modelo proibicionista do uso de drogas por meio dos princípios epistemológicos da fenomenologia existencial. Trata-se de um estudo de revisão teórica e reflexivo sobre a condição humana e sua intenção foi demonstrar que é a própria condição do homem que gera a sua vulnerabilidade existencial. O estudo

aponta a importância do desenvolvimento de uma nova abordagem preventiva que integre a singularidade da condição humana, rompendo com os preceitos proibicionistas e indo de encontro com uma política de redução de danos.

Riggoto e Gomes (2002) realizaram um estudo no Rio Grande do Sul cujo tema foi: “Contexto de Abstinência e Recaída na Recuperação da Dependência Química”. Foram entrevistados 10 homens e 3 mulheres na cidade de Caxias do Sul, todos com diagnóstico de dependência química. O principal objetivo desta pesquisa qualitativa foi analisar, de acordo com a fenomenologia, quais os fatores que contribuíam de maneira positiva para a recuperação. Os autores concluíram que a experiência de abstinência foi atribuída à consciência do problema adictivo por parte do dependente, resgate de vínculos familiares, recomposição da autoestima, afastamento de ambiente favorecedores da adicção e envolvimento em práticas religiosas.

De acordo com Silva e Serra (2004), no artigo de revisão bibliográfica, intitulado “Terapias cognitivo-comportamental em dependência química”, realizado na Cidade de São Paulo, os autores descrevem o estado atual da Terapia Cognitiva, Comportamental, Prevenção de Recaída e Treinamento de Habilidades Sociais que são tratamentos de tempo limitado, orientados em uma meta e que utilizam sessões estruturadas, assumindo uma postura terapêutica direta e ativa. Também explicam de forma clara os princípios básicos da terapia cognitiva e as principais técnicas comportamentais aplicadas ao tratamento da dependência química: Técnicas de Prevenção de recaída: identificação do estado de motivação; identificação das situações de alto risco; mudança do estilo de vida; identificação do processo de recaída; identificação das situações aparentemente irrelevantes, fatores cognitivos associados à recaída e confluência de situação de risco. O Treinamento de assertividade, habilidade de comunicação verbal; fazer e receber críticas; fazer e receber elogios; dizer não; recusar álcool e drogas. Os autores concluem que é fundamental os profissionais que atuam neste segmento conhecerem os fundamentos teóricos da Terapia Cognitiva Comportamental e aplicar o treino das habilidades sociais e os princípios da prevenção de recaída.

Também reconhecem a importância do usuário de drogas ser submetido a terapia e ser trabalhado quanto aos fatores mantenedores do uso de drogas para evitar recaídas, realizar as correções dos pensamentos distorcidos e finalmente atingir uma nova reestruturação cognitiva .

Os pesquisadores Rangé, e Marllat, (2008) realizaram um estudo de revisão bibliográfica no Rio de Janeiro cujo título é: “Terapia cognitivo-comportamental de transtorno de Abuso de álcool e drogas” cujo objetivo foi investigar quais os tipos de terapias cognitivas comportamentais tem sido aplicado com sucesso em problemas de drogadição. Com base na literatura para o desenvolvimento em programas de tratamento aplicados no Centro de Pesquisa e Reabilitação da Universidade Federal do rio de Janeiro, os autores concluem que modelos de tratamento como a Prevenção de Recaída de Marllat (2009) a entrevista motivacional Prochaska e Di Clemente, (2001) bem como os modelos cognitivos de Beck (1964) podem ser alternativas eficazes para o tratamento da dependência química. Nas conclusões fica ressaltada a necessidade da realização de novas pesquisas para validar a abordagem cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento do uso, abuso e dependência de drogas.

2.2 Pesquisas realizadas no campo da neuropsicologia relacionadas aos danos cognitivos causados por uso de drogas

Aharonovich, Nunes e Hasin (2003) publicaram o artigo “Comparação do funcionamento cognitivo em usuários de cocaine e crack e da retenção e abstinência após tratamento em terapia cognitiva comportamental”. Os autores abordam que o processo da terapia cognitivo-comportamental (TCC) depende do funcionamento cognitivo adequado em pacientes, mas o uso prolongado de crack pode prejudicar o funcionamento cognitivo. Portanto, o comprometimento cognitivo pode impedir a capacidade dos usuários de crack de se beneficiar da TCC. Para começar a abordar esta questão investigou-se a relação entre a deficiência cognitiva e os dois resultados do tratamento: na aplicação da terapia na abstenção e depois de superado os sintomas de abstinência. Para a amostra foram

selecionados 18 pacientes não deprimidos. Os resultados indicaram que os que completaram o tratamento tinham demonstrado um desempenho cognitivo significativamente melhor no início do estudo do que os pacientes que abandonaram o tratamento. Os autores concluem que as capacidades cognitivas (atenção, raciocínio mental e processamento) distinguem-se significativamente entre os sujeitos que terminaram o tratamento e os que abandonaram a terapia. Este estudo fornece evidências preliminares de que as deficiências cognitivas podem diminuir a retenção do tratamento da TCC e na abstinência em dependentes de crack.

Di Sclafani, Tolou-Shams, Price e Fein (2002) no artigo “Funcionamento neurológico de dependentes de crack”. Este estudo examinou a função cognitiva entre indivíduos dependentes de crack e dependentes de crack e álcool. Pacientes que estavam abstinentes há 6 semanas, comparados à pacientes que estavam com 6 meses de abstinência. O estudo aponta que existem poucos dados que diferenciam os efeitos de crack-cocaína e dependência de álcool no funcionamento neurológico. Uma bateria neuropsicológica e cognitiva foi administrada a 20 indivíduos dependentes de crack abstinentes, 37 indivíduos dependentes de crack e álcool e 29 sujeitos no grupo de controle que não consumiam substâncias psicoativas. A amostra foi examinada como uma covariável, e a associação entre as variáveis de consumo de substâncias e o desempenho neuropsicológico foram comparadas. Os resultados mostraram que os dois grupos dependentes de substâncias apresentaram perfis neuropsicológicos semelhantes às 6 semanas abstinentes, apresentando comprometimento cognitivo significativo em uma ampla gama de funções em relação aos controles. Os grupos dependentes de substâncias ainda estavam significativamente prejudicados aos 6 meses de abstinência. A dependência de crack e a dependência de crack e álcool pode levar a déficits neuropsicológicos graves e persistentes em muitos domínios cognitivos. O maior preditor de dano cerebral associado à dependência de substância nesta amostra foram particularmente quantidade e duração e tempo de usos.

Hoff, Riordan, Morris, Cestaro, Wieneke, Alpert, Gene-Jack e Volkow (1996) realizaram o estudo “Efeitos da cocaína e do crack no funcionamento neurológico” os autores explicam que a cocaína (crack) parece ter um efeito preferencial sobre a atividade metabólica e eletrofisiológica das regiões frontal e temporal do cérebro, hipotetizou-se que as medidas cognitivas dessas regiões estariam prejudicadas em usuários de crack em relação a medidas de voluntários normais. Comparou-se 38 pacientes com uma média de 3,6 (DP = 2,5) anos de uso de crack e 24,5 (DP = 28,1) dias de abstinência com 54 voluntários normais em uma bateria de testes neuropsicológicos. Os resultados mostraram um pior desempenho nas medidas de funcionamento executivo (frontal) para o grupo de pacientes. O uso de crack foi associado com prejuízo em medidas de memória espacial, mas não verbal nomeação de confronto, e teste de trilhas Parte B, uma medida de velocidade perceptual-motor e flexibilidade cognitiva. Em resumo, parece que o uso contínuo de crack produz um padrão dissociativo no desempenho do teste neuropsicológico. A permanência destes efeitos tem que se estudar com estudos longitudinais.

Ardila, Rosselli, e Strumwasser (1991) publicaram o artigo: “Déficit neuropsicológico em usuários crônico de cocaína (crack)” e foi aplicada uma bateria de avaliação neuropsicológica básica em 30 crackers crônicos e 21 controles. Foram utilizados os seguintes testes: Wechsler Memory Scale, a figura complexa de Rey (cópia e reprodução imediata), Fluência Verbal (semântica e fonológica), Boston Naming Test, Wisconsin Card Sorting Test e Dígitos-símbolo da escala geral de inteligência de Wechsler. Em geral, o desempenho para o grupo de crackers foi menor do que o esperado, de acordo com sua idade e nível educacional. Os sujeitos apresentaram comprometimento significativo na memória verbal de curto prazo e nos subtestes de atenção. As pontuações dos testes neuropsicológicos foram correlacionadas com a quantidade de crack usada durante toda a vida, sugerindo uma relação direta entre abuso e comprometimento cognitivo, demonstrando um padrão de declínio cognitivo.

Fein, Sclafani e Meyerhoff (2002) publicaram o artigo: “Redução da massa prefrontal em homens dependentes de crack e deficit funcional”. Este estudo examinou os volumes das regionais corticais em homens abstinente de 6 semanas dependentes de crack-cocaína (Cr) ou de crack-cocaína e álcool (CrA). O objetivo foi testar a hipótese a priori de redução do volume cortical pré-frontal, juntamente com deficiências associadas nas funções mediadas frontais, e procurar diferenças entre os grupos de uso de crack e de crack e álcool. A ressonância magnética estrutural (MRI) do cérebro e a avaliação neuropsicológica foram realizadas em 17 indivíduos abstinente com Cr de 6 semanas, 29 indivíduos CrA abstinente de seis semanas e 20 controles normais. O volume cortical foi quantificado nas regiões pré-frontal, parietal, temporal e occipital. Os resultados mostraram que havia diminuição da massa cinzenta em usuários de crack, quando comparados ao grupo de não usuários de crack. Esta redução da massa cinzenta foi associada com prejuízos de desempenho no domínio da função executiva. A dependência do Crack (com ou sem dependência alcoólica concomitante) foi associada à redução do volume cortical pré-frontal. A dependência de Cr com a dependência concomitante de álcool não foi associada a maiores reduções de volume pré-frontal do que a dependência de Cr isoladamente. A associação do volume cortical pré-frontal reduzido com comprometimento cognitivo em habilidades mediadas pelo córtex frontal sugere que esse volume cerebral reduzido tem consequências funcionais.

Cunha, Bechara, Andrade e Nicastri (2011), no estudo “Disfunção social em dependentes de crack” observaram que os crack dependentes apresentam anormalidades tanto no ajuste social e na toma de decisões, mas poucos estudos têm examinado esta associação. Este estudo investigou o desempenho cognitivo e social de 30 indivíduos (15 cracks dependentes e 15 controles). Crack dependentes foram abstinente durante 2 semanas. Utilizou-se a Escala de Ajustamento Social (SAS), o Teste de Classificação de Cartões do Wisconsin (WCST) e a Tarefa de Jogo de Iowa (IGT). Os resultados mostraram disfunção social e na toma de decisões no grupo cracks dependentes, que podem estar

ligadas à mesma disfunção pré-frontal subjacente, mas a natureza desta associação deve ser investigada mais a fundo.

Oliveira, Barroso, Silveira, Sanchez, Carvalho, Ponce e Nappo (2009) publicaram o artigo: “Uso de substâncias e o funcionamento cognitivo” observaram que os efeitos do consumo de crack no funcionamento cognitivos permanecem controversos. Para sua melhor compreensão, 55 sujeitos foram distribuídos em um grupo controle, um grupo de usuários recentes e um grupo de ex-usuários de crack. Os participantes responderam o Mini Exame do Estado Mental (MMSE), assim como testes e escalas de avaliação de funções executivas, memória lógica e transtornos de humor. Comparações inter-grupo foram realizadas. O desempenho do grupo controle no MMSE foi melhor do que o de usuários e ex-usuários de crack. Os usuários recentes de crack apresentaram déficits de memória lógica. Os ex-usuários pontuaram menos nos testes DSST e Trilhas (Parte B). O consumo crônico de crack parece prejudicar o funcionamento cognitivo geral (MMSE), memória lógica e recursos de atenção, mas se sugere que alguns desses efeitos podem ser revertidos pela abstinência à droga.

Cunha, Nicastro, Gomes, Moino e Peluso (2004) publicaram o estudo: “Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína e crack: estudos preliminares”. A pesquisa foi realizada na Cidade de São Paulo e o principal objetivo foi avaliar as consequências neuro-cognitivas decorrentes da exposição às substâncias. Este estudo avaliou a associação entre dependência de cocaína e crack e desempenho cognitivo. Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre as principais alterações neurológicas provenientes do uso crônico de cocaína e crack. Os resultados mostram significação estatística nas funções relacionadas à atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Os autores ressaltam que os conhecimentos de danos cognitivos específicos auxiliam no planejamento do programa de tratamento e prevenção do uso com enfoque em TCC e outras abordagens para a recuperação de drogas mais efetivo. Embora reconheçam a necessidade de um programa de tratamento

com técnicas de prevenção de recaída, os autores não apresentam um plano de intervenção.

Rodrigues, Caminha e Horta (2006) no estudo "Déficit cognitivos em usuários de crack" com o objetivo de pesquisar déficits cognitivos presentes pacientes usuários de crack. A amostra foi composta por 30 sujeitos. Aplicou-se a cada sujeito uma bateria de testes neuropsicológicos: Raven Geral, Wais -R e Figuras de Rey. Os resultados demonstram que existem prejuízos significativos no que se refere à memória. Neste estudo comparativo com 60 pacientes entre usuários e não usuários de crack os resultados demonstraram que de dependentes de crack apresentam resultados médios inferiores aos de não usuários, principalmente na memória e nas funções visoconstrutivas.

Gonçalves, Cardoso e Araújo (2011) realizaram um estudo de caso único de um dependente de crack, para caracterizar o perfil cognitivo de processamento executivo do paciente. Foi utilizada uma bateria de testes que avaliam as funções executivas e os testes foram aplicados após duas semanas de abstinência e o paciente avaliado neste estudo não apresentou prejuízo no funcionamento das funções executivas. A preservação das funções executivas no paciente pode confirmar a hipótese de alguns autores que defendem que, com a abstinência, é possível que haja melhora em algumas habilidades cognitivas prejudicadas pelo uso da substância.

Oliveira e Azambuja (2010) realizaram a pesquisa: "Os danos neurológicos causados pelo uso do crack". Trata-se de uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi descrever os danos cognitivos causados pelo o uso crônico do crack e ficaram constatadas alterações neuropsicológicas nos usuários de crack. As funções prejudicadas foram atenção, memória, função executiva e tomada de decisões. Os pesquisadores investigaram os danos cognitivos pelo uso crônico do crack e constataram alterações nas seguintes funções: atencionas, mnésticas, e funcionamento executivo e também observaram dificuldade na reorganização cognitiva após o período de desintoxicação. Os problemas do uso de drogas vão além da dependência e abrangem em seu conjunto, uma variedade de fenômenos

muito prevalentes e determinantes de grande sofrimento do indivíduo, famílias e grupos sociais. O uso de drogas está associado a prejuízos nas relações familiares e sociais, além dos danos de ordem física e psíquica.

Sayago, Santos, Ribeiro, Yates e Oliveira (2013) no artigo “Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura”, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Trata-se de um trabalho de revisão bibliográfica de pesquisas que relatam danos decorrentes do uso de crack e possíveis fatores protetivos ou de risco para o uso. A pesquisa foi realizada através de buscas no PsycInfo, PubMed e LILACS. Os descritores utilizados foram: (Crack Cocaine) AND (Street Drugs OR Population Characteristics OR Epidemiology). Os resultados foram apontados como: a facilidade de acesso do crack, uso frequente de cocaína injetável, cristais de metanfetamina, envolvimento em comércio sexual e variedade de drogas utilizadas nos últimos seis meses foram considerados fatores de risco para o uso. Não usuários de crack percebem o condicionamento vicário, informações fornecidas pela família e o medo de morrer como fatores protetivos para o uso da droga. O uso de crack pode causar danos físicos, problemas psiquiátricos, neurocognitivos e prejuízos sociais. Concluíram que o uso de crack pode resultar em danos, dentre os quais estão os problemas sexuais, convulsões, derrames, crises hipertensivas, problemas pulmonares e cardiovasculares, necrose muscular, lesões corporais decorrentes de brigas, comprometimento do sistema imunológico, infecção por HIV e doenças sexualmente transmissíveis. A exposição crônica ao alumínio, para pessoas que o utilizam para o uso de crack, pode resultar em alterações no funcionamento neurológico e que Usuários de crack podem apresentar problemas psiquiátricos como transtornos induzidos por substâncias, alterações do funcionamento neuronal, com hipoativação do córtex pré-frontal e prejuízos neurocognitivos relacionados à atenção, memória, capacidade de aprendizagem, fluência verbal e funções executivas.

No artigo “Para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga”, Ribeiro, Sanches e Nappo (2015) desenvolveram uma pesquisa cujo objetivo foi

identificar, sob a ótica de usuários de crack, quais são as estratégias que eles utilizam para minimizar ou evitar os riscos decorrentes do consumo de crack. Utilizou-se método qualitativo de pesquisa, desenvolvido mediante entrevistas semiestruturadas em profundidade. Foi entrevistada uma amostra intencional por critérios, composta por 30 usuários de crack, selecionados por meio de informantes-chave e distribuídos em oito diferentes cadeias. Concluíram que as estratégias desenvolvidas pelos usuários focam na tentativa de se auto protegerem principalmente dos episódios de violência e no alívio de sintomas desagradáveis causados pela droga – principalmente fissura e sintomas paranoides transitórios. Essas estratégias podem parecer efetivas em curto prazo, porém apresentaram riscos de longo prazo, tais como dependência de álcool e maconha. Os resultados do presente estudo mostram que importantes mudanças na cultura do crack, principalmente relacionadas ao aumento da expectativa de vida do usuário, estão intimamente relacionadas com a adaptação do usuário a essa cultura. Identificar os principais riscos e desenvolver estratégias empíricas para a sobrevivência foram observadas principalmente no que tange aos riscos decorrentes dos efeitos psíquicos e da ilegalidade da droga

No artigo “A Química das drogas e os prejuízos à saúde humana/enfoque na droga Crack” os pesquisadores Cremonini, Cesar, Zappaz e Machado (2013) tinham como objetivo pesquisar qual o impacto das drogas na saúde física e mental. Participaram, da pesquisa 4 sujeitos, alunos do ensino fundamental. Os pesquisadores concluíram que por ser o crack absorvido pelos alvéolos pulmonares e chegar rapidamente à corrente sanguínea, a chegada do crack ao SNC leva de 8 a 15 segundos, em média, que o crack ocasiona dependência mais rapidamente. O consumidor do perde as noções de higiene (adquirindo um aspecto deplorável) e apresenta sentimentos como depressão intensa, desinteresse geral, cansaço, paranóia, desconfiança, medo e agressividade. Essa droga ainda diminui o apetite, faz com que o usuário emagreça até 10 kg

em um mês. A investigação também aponta prejuízos cognitivos e outros prejuízos à saúde

O estudo “Os efeitos neuropsicológicos do uso do crack” realizado por Araújo, Barros, Fernandino, Fonseca e Pires (2015) refere-se a um trabalho de levantamento bibliográfico e teve como objetivo descrever os danos neuropsicológicos causados pelo uso crônico do crack através de uma pesquisa na literatura científica. Conclui-se que o crack é uma droga estimulante do sistema nervoso central que afeta as funções cognitivas, principalmente, a atenção, memória e as funções executivas. Para realização da pesquisa foi feito um levantamento de publicações de livros, periódicos e demais documentos científicos. Diversas pesquisas apontam para prejuízos nas tarefas de nomeação, na capacidade de abstração, novas aprendizagens, fluência verbal, destreza manual e integração viso-motora. Constatou-se neste estudo que o principal neurotransmissor atuante no circuito de recompensa é a dopamina e com o uso do crack ocorre uma alteração no funcionamento dos neurônios, porque esta droga inibe a recaptção da dopamina necessária durante as sinapses nervosas. Este excesso neuroquímico na fenda sináptica proporciona sensação de prazer, por isso causa uma recompensa “não natural”. Novas técnicas de intervenção que abordem os aspectos cognitivos afetados pelo uso de crack e não somente as implicações emocionais e sociais do transtorno podem representar uma colaboração importante para o campo da neuropsicologia.

Artigos com foco em tratamento para usuários de crack enfatizam os princípios e conceitos da abordagem cognitiva comportamental, a análise de outras abordagens e técnicas terapêuticas e seus resultados quando aplicados à dependência química de um modo geral e também especificamente quando aplicados à recuperação de usuários e dependentes de crack.

As pesquisas relacionadas à neurociência, muitas vezes apoiadas nos exames de imagens, como a tomografia computadorizada e outros, demonstram perdas das funções cognitivas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. A investigação neuropsicológica associada ao consumo do crack contribui para esclarecer quais os prejuízos cognitivos encontrados em pacientes dependentes,

podendo assim planejar uma recuperação cognitiva através de atividades que visem recuperação dos déficits cognitivos.

Como base nos artigos listados, dados preliminares apontoam alterações neuropsicológicas em pacientes internados e dependentes de crack e fica constatado que o uso abusivo e contínuo de crack causa perdas cognitivas e existem evidências da eficácia da terapia cognitivo-comportamental, principalmente no que diz respeito a melhora dos sintomas depressivos, ansiosos e reestruturação. O córtex cerebral e o sistema límbico neste período passam por reorganização e esta remodelação, associada ao consumo de drogas, poderá implicar em consequências funcionais também, na vida adulta.

Fica explícito através dos estudos analisados que, o uso continuado do crack afeta o funcionamento cerebral e pode causar perdas nas funções cognitivas. O que não se encontra na literatura é uma proposta estruturada de tratamento com base em terapia cognitiva comportamental e que mensure e compare, de maneira objetiva, através de medidas psicométricas que comprovem a recuperação das perdas nas funções cognitivas do dependente de crack.

2.3 Estudos relacionados ao consumo de crack

O padrão do uso do crack mais comum é compulsivo, contínuo até chegar a exaustão física e esses consumidores são poliusuários de drogas. O acesso à droga é fácil e as pedras estão sendo também apresentadas como farelos de crack, e mais recentemente o oxi, que é elaborado com pasta de coca, com mistura de cal virgem e querosene, resultando em pedras de cores diferentes, brancas, amarelas e roxas. Também é comum a combinação de pequenos fragmentos de crack misturados aos cigarros de tabaco ou maconha, que podem ser chamados de mesclados. Estes usuários imaginam que estão minimizando os efeitos nocivos, porém também acabam se tornando compulsivos como aqueles que consomem as pedras de crack no cachimbo. (Nappo et al, 1996).

Sapori, Medeiros (2012) publicaram o livro “Crack: um desafio social” a obra traz os resultados de uma pesquisa qualitativa e quantitativa realizada em Belo Horizonte cujo principal objetivo foi compreender os mecanismos sociais e simbólicos do tráfico e do uso de crack. Foi analisada uma amostra de 673 inquéritos de homicídios ocorridos entre 1993 e 2006. Esse total compreende aproximadamente 7,3 % dos homicídios registrados no mesmo local e período, o que implica em uma média anual de 50 inquéritos analisados. A fim de testar a hipótese do estudo, também foram analisadas a leitura de cada uma das peças documentais que compõe cada inquérito. A pesquisa contribui principalmente para o tratamento de dependentes uma vez que os resultados apresentados criticam a maneira que as instituições governamentais e a mídia abordam o problema do uso de crack, em relação ao consumo de outras drogas. A grande dificuldade do tratamento esta relacionada ao estabelecimento do vínculo terapêutico com a instituição e o manejo correto por parte dos profissionais.

Dunn e Laranjeira (1999) realizaram a primeira investigação sobre o consumo de crack no Brasil foi realizada no município de São Paulo. Um estudo etnográfico com 25 usuários que viviam na comunidade e o perfil da amostra eram homens menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e em sua maioria provenientes de famílias desestruturadas. Os autores concluem que o aparecimento do crack e a popularização do consumo tiveram início a partir de 1989.

Laranjeira, Dias e Araújo (2012) iniciaram o estudo “Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento” em 1990 com pacientes usuários de crack internados para tratamento com o objetivo de analisar a evolução do consumo entre usuários de crack com histórico de tratamento. A pesquisa foi realizada originalmente em 131 dependentes de crack admitidos em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo. As variáveis pesquisadas foram: dados demográficos, comportamentos sexuais de risco, padrões de consumo de crack e outras substâncias, prisões desaparecimento e óbito. Os autores concluíram que a recorrência e persistência do consumo de crack pós-alta

demonstra a necessidade de novas modalidades de tratamento, por outro lado padrões de abstinências estáveis apontam a possibilidade de recuperação relativa ao uso de crack.

Ainda relacionado aos modelos de tratamento para usuário de crack encontramos o estudo cujo título: “As estratégias do coping para o manejo da fissura de dependentes de crack” (Araújo, Pansard, Boeira e Rocha, 2010). A pesquisa foi realizada na Cidade de Porto Alegre, Rio de Grande do Sul, com 35 sujeitos de dependente de crack internados para desintoxicação em uma especializada em Dependência Química. O estudo demonstra que existe uma relação entre o uso de estratégias de coping e a motivação para parar de usar crack e também com o tempo de internação e o tempo de abstinência desta substância.

O artigo crack intitulado: “Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão das dissertações e teses brasileiras” de Rodrigues, Backes, Feitas, Gelhen e Colomé (2010) realizado na Universidade de São Paulo aponta que as características do conhecimento produzido sobre o crack no Brasil. Trata-se de um estudo do tipo revisão sistemática com base na modalidade revisão integrativa e os autores concluíram que embora o consumo de crack constitua um fenômeno disseminado na sociedade, a produção científica dos cursos de mestrado e doutorado não acompanha a preocupação generalizada a respeito do tema e os estudiosos alertam que é a necessidade de estudiosos, profissionais e pesquisadores se engajarem na busca de estratégias integradas e integradoras, centrado no ser humano, que momentaneamente ou não, se encontra impelido ao uso e abuso do crack.

Zeni e Araújo (2009), no artigo “O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack”, realizaram um estudo em Porto Alegre cujo objetivo foi verificar a efetividade do relaxamento respiratório no manejo da compulsão pelo crack, em pacientes internados para desintoxicação. Neste estudo quase experimental participaram 32 pacientes do sexo masculino e conclui-se que apesar das limitações metodológicas, sugere-se que o relaxamento

respiratório seja uma técnica efetiva no manejo do craving e da ansiedade em dependentes de crack.

Sampaio e Freitas (2011) publicaram o artigo de revisão bibliográfica “Uso de entrevista motivacional em dependentes de crack”, o trabalho foi realizado na Universidade Federal do Ceará e os bancos de dados consultados foram Medline, Cochrane, Lilacs, Scielo e Pubmed cobrindo o período de 1983 a 2011, utilizando as seguintes palavras chaves: dependência química, crack, recaída e entrevista motivacional. Os autores concluíram que a literatura é escassa quando se trata deste tema. Foram encontrados 18 trabalhos científicos e aos autores afirmam que os estudos já existentes demonstram que a Entrevista Motivacional tem se mostrado adequada e efetiva quando se trata de reduzir o consumo de drogas e motivar o paciente para uma mudança relaciona a atingir uma melhor qualidade de vida. As informações foram tratadas através de uma estatística descritiva, e os dados quantitativos indicaram que os usuários de crack buscam tratamento quando se encontram abstinente e estão mais conscientes sobre os agravos e danos provocados pelo crack. Conclui-se que a adesão ao tratamento também dependem das capacidades e habilidades dos profissionais ao acolher e estabelecer um vínculo terapêutico de confiança e neste sentido o gerenciamento de caso é uma importante ferramenta de intervenção e acompanhamento de usuários de crack.

Chaves, Sanchez e Ribeiro (2011) realizaram o estudo: “Fissura por crack: comportamentos e estratégia e controle em usuários”, cujo principal objetivo foi compreender a fissura do usuário de crack, bem como descrever os comportamentos desenvolvidos sob a fissura e estratégias utilizadas para o seu controle. O estudo foi realizado na cidade de São Paulo com 40 sujeitos, usuários e ex-usuários. Os autores concluíram que os consumos descontrolados da droga são causados pelo forte desejo do consumo (fissura) e que os próprios usuários criam medidas aprendidas em tratamento para lidar com a fissura, melhorando assim o padrão de consumo.

Vargens, Cruz e Santos (2011) realizaram um estudo na cidade do Rio de Janeiro: “Comparação entre usuários de crack e outras drogas em serviço ambulatorial.” Cujo principal objetivo foi identificar possíveis diferenças sociodemográficas entre pacientes com histórico de uso de crack na vida em serviço ambulatorial. A amostra foi constituída por 293 dos pacientes acolhidos neste serviço. O estudo aponta que os usuários de crack constituem grupo distinto entre os usuários de drogas. Apresentam características próprias e eles necessitam de abordagem especial, devido ao acelerado processo de deterioração física e psíquica.

Herrera, e Hannya (2013) realizaram a pesquisa: “Gerenciamento de caso em usuários de crack: contribuições para o tratamento e qualificação profissional em centro e Atendimento psicossocial- álcool e drogas (Caps-AD) do Distrito Federal.” em Brasília, cujo objetivo foi analisar as formas de intervenção no tratamento do crack em regime ambulatorial e contribuir com subsídios para os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde no Brasil. Os instrumentos de avaliação compostos por questionário de dados sócio demográficos, questionário do perfil do usuário de crack, Escala de Gravidade do Consumo de Crack e Cocaine Craving Questionnaire Brief foram aplicados em 130 usuários de crack do Distrito federal que participavam do projeto: avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontra em tratamento”.O estudo aponta melhor adesão dos pacientes ao tratamento após a desintoxicação e que uma melhor adesão do paciente está relacionada às capacidades e habilidades do profissional em acolher e estabelecer relacionamentos de confiança e vínculo terapêutico com o paciente.

No artigo “Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuário e ex-usuário,” de Chaves, Sanches, Ribeiro e Nappo (2011), cujo principal objetivo foi compreender a fissura do usuário do crack, bem como descrever os comportamentos desenvolvidos sob o desejo incontrolável (fissura) e desenvolver as estratégias utilizadas para seu controle, foram entrevistados 40 usuários e ex-usuários na cidade de São Paulo. O estudo mostrou que a fissura por crack desencadeia padrão binge de consumo devido à compulsão desencadeada pela

droga. A busca obcecada pela droga suscita comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e as relações sociais. Os estudiosos concluem que são necessárias estratégias que foquem a transmissão sexual de HIV, e a transmissão de hepatite entre usuários de crack.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria do Rio de Janeiro publicou o estudo “O uso da técnica cognitiva: substituição por imagem positiva no manejo da fissura (craving) em dependentes de crack” realizado por Santos, Rocha, e Araújo (2014) cujo objetivo foi avaliar a eficácia da técnica de substituição por imagem positiva no manejo da fissura. Trata-se de um estudo quase experimental de análise quantitativa e a amostra foi composta por 34 homens dependentes de crack. Os autores concluem que, apesar de algumas limitações metodológicas. Os resultados apontam que a aplicação da técnica pode ser efetiva no tratamento de usuários de crack para evitar recaídas e consumo da droga.

No artigo intitulado “Concepções de usuários de crack acerca da droga crack”, desenvolvido em João Pessoa por Barbosa, Rocha, Vieira, Alves e Leite (2010), os pesquisadores tiveram como objetivo conhecer as concepções que usuários possuem em relação ao crack, bem como as dificuldades encontradas para abandonar o vício. O método utilizado foi qualitativo, exploratório e a amostra foi composta por 20 usuários de crack. Os dados foram coletados por meio de um formulário semiestruturado e analisados conforme a técnica do Discurso do Sujeito. Os autores concluem que a percepções revelou que os usuários concebiam o uso do crack como um feito que traz prejuízos em todos os sentidos de suas vidas. Foi possível identificar que os usuários pouco conheciam sobre o crack e as consequências que o uso desta droga podia causar ao seu organismo. A análise das percepções revelou que os usuários concebiam o uso do crack como um feito que traz prejuízos em todos os sentidos de suas vidas. Algumas concepções apontadas pelos usuários sobre o uso do crack mostraram que cessar o uso da droga trata-se de um objetivo difícil de ser alcançado, pois fatores como o acesso fácil à droga, voltar para o mesmo lugar onde mora e o uso de álcool e outras drogas revelam-se como empecilhos para o alcance desta meta.

Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusel e Hall (1998) publicaram o artigo intitulado: “A melhor eficácia da terapia cognitiva comportamental para usuáti0s urbanos de cocaína e crack” no Journal of Consulting and Clinical Psychology. Este estudo avaliou a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e da terapia de facilitação de 12 passos (de narcóticos anônimos) no tratamento do abuso de crack. A amostra foi composta por 128 participantes foram aleatoriamente designados para as condições de tratamento e avaliados na linha de base e nas semanas 4, 8, 12 e 26. O tratamento durou 12 semanas. Verificou-se que os participantes na Terapia Cognitiva Comportamental foram significativamente mais propensos a obter abstinência do que os participantes em terapia baseada nos princípios de 12 passos.

Rowan-Szal, Joe e Simpson (2000) realizaram o estudo “Maior aderência ao tratamento entre usuários de cocaína, comparado aos usuários de crack”. Os pacientes que entram em tratamento com problemas de cocaína são difíceis de engajar e reter no tratamento. Usuários de crack, um subconjunto de usuários de cocaína, são especialmente difíceis de tratar. Este estudo investigou se o tipo de cocaína utilizado (crack ou não crack) estava relacionado à retenção no tratamento. A amostra foi composta por 900 clientes em 13 programas residenciais de longo prazo (LTR) que participam nos Estudos de Resultados de Tratamento de Abuso de Drogas. Os resultados mostraram que os usuários de crack tiveram taxas de retenção mais baixas do que os usuários de cocaína não-crack. Maior retenção também estava relacionada ao fato de ser mais velho, graduado do ensino médio, solteiro, não deprimido, mais motivado para o tratamento e tendo menos prisões.

Wechsberg, Zule, Reihman, Luseno e Lam (2007) realizaram um estudo referente ao consumo de crack em afro-descendentes e o início do tratamento: barreiras e efeito do pré-tratamento. Fatores individuais e socioculturais podem representar barreiras significativas para os toxicod dependentes que procuram tratamento, particularmente para os afro-americanos que abusam de crack. No entanto,

existem evidências de que intervenções pré-tratamento podem reduzir as barreiras à iniciação ao tratamento. Este estudo examinou os efeitos de uma intervenção de pré-tratamento concebido para aumentar a motivação do tratamento, diminuir o uso de crack e preparar abusadores de crack para entrada no tratamento. 443 usuários de crack afro-americanos foram recrutados na Carolina do Norte e aleatoriamente designados para a intervenção de pré-tratamento ou grupo de controle. Os resultados mostraram que no seguimento de 3 meses, ambos grupos reduziram significativamente o uso de crack, mas os participantes do grupo de intervenção foram mais propensos a ter iniciado o tratamento. A intervenção ajudou a motivar a mudança, mas as barreiras estruturais ao tratamento continuaram mantendo baixas as admissões reais. Os formuladores de políticas podem estar interessados nesses locais de pré-tratamento como uma alternativa ao tratamento para resultados de curto prazo.

Wallace (1992) publicou o artigo “Tratamento de dependentes de crack e cocaína, uma crítica sobre o papel da prevenção.” A fim de abordar adequadamente as necessidades de tratamento de pessoas dependentes de crack, uma abordagem multidimensional para prevenção de recaída deve ser utilizada. Os resultados da pesquisa de revisão da bibliografia sobre os determinantes da recidiva para pacientes dependentes de crack e as características psicossociais do indivíduo dependente de crack justificam a utilidade de certas estratégias de prevenção de recaídas. Especificamente, é defendida uma abordagem à recaída que inclui a provisão de adjuvantes farmacológicos, a psicoeducação nos multideterminantes da recaída e a psicoterapia que tenta remediar problemas psicológicos subjacentes que são tipicamente encontrados em pacientes dependentes de crack.

2.4 Refletindo sobre os artigos, estudos, textos e teses consultados.

O consumo de drogas é uma característica comum às populações da maioria dos países e muitas variáveis (ambientais, biológicas e sociais) atuam

simultaneamente para influenciar a tendência de qualquer pessoa vir a usar drogas. Isto ocorre devido à interação entre o agente (droga), o sujeito (o indivíduo) e o meio (contexto sociocultural). Existem aspectos comuns em todos os artigos citados que é a importância de estudiosos e pesquisadores desenvolver novas pesquisas relacionadas ao tratamento para crack, uma vez que nos deparamos com uma epidemia constatada pelo Conselho regional de Medicina nesta população na Cidade de São Paulo em outras Capitais no Brasil. Então se o crack causa perdas cognitivas e se a terapia cognitiva comportamental, associada à prevenção de recaída parece ser mais eficaz no tratamento do crack e a comunidade científica carece de novas pesquisas neste campo, daí a proposta deste estudo, em pesquisar a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental para recuperação de perdas cognitivas causadas pelo uso de crack.

O campo da psicologia, em suas diferentes abordagens apresenta contribuições para entender e tratar do adicto, uma vez que a dependência química não prejudica apenas uma pessoa, mas toda a sua relação com o mundo: seu estudo, trabalho, amizades, casamento, família, interferindo também em sua autoestima, autoconfiança e relacionamentos interpessoais. A psicologia oferece ferramentas muito uteis para o tratamento de dependentes químicos, e cada abordagem poderá possibilitar ao paciente a escolher que tipo de tratamento que julgue mais adequado para si e em qual ele se adapta melhor. Mas acredito que a vontade e a determinação do adicto para se recuperar, seja um importante componente em todas as abordagens terapêuticas.

A gama de conhecimentos e pesquisas referentes ao tema, se observa que muitos autores psicanalistas estão desenvolvendo estudos em relação ao consumo de crack e concluem que o crack possui um poderio mágico de destruição, que dominam o adicto e ele persevera neste uso destrutivo, não se dando conta que está no limiar entre a vida e morte. Neste grave contexto, considero muito importante as contribuições da psicanálise para tratar da dependência química.

Os psicanalistas propõem um tratamento onde é realizado o resgate do passado, incluindo as relações infantis de objeto e situá-las para o paciente na realidade atual. Os principais objetivos da psicanálise ao tratar das adições estão relacionados à compreensão das relações primárias defeituosas. Este processo terapêutico auxilia o paciente vencer a resistência, tornando conscientes os conteúdos do inconsciente e entendendo as causas que contribuíram para o uso de drogas. Com este tipo de abordagem terapêutica, os adictos buscam os motivos mais profundos dos seus defeitos de caráter e compreendem quais as causas relacionadas à sua adição. A compreensão psicodinâmica da sua relação com a droga, assim ele terá condições alcançar a maturidade, crescer emocionalmente, rever sintomas derivados das relações primárias defeituosas, atingindo assim uma melhor compreensão de si e uma melhor adequação a sua realidade social e familiar, evitando assim o uso de drogas.

A drogadição se dá entre a interação do agente droga, do sujeito usuário e do meio sócio-cultural, incluindo a família como um importante agente influenciador desta adição. A abordagem sistêmica e a compreensão das relações familiares onde está inserido o adicto são de relevante importância para obtenção de resultados positivos no tratamento. Esta abordagem o objetivo do tratamento não é focado apenas na compreensão dos sintomas do adicto. O importante é avaliar o funcionamento do sistema familiar e propor modificações na estrutura patológica da família e resgatar o equilíbrio da unidade familiar. O psicólogo, juntamente com os membros da família irão fazer uma revisão e os ajustes dos limites, das fronteiras e dos papéis de cada membro desta família. Este ajuste do funcionamento familiar e a identificação do membro engajado no tratamento auxiliam na adesão do paciente em dar continuidade ao seu processo de recuperação, bem como identificar os fatores de proteção para evitar o consumo de drogas.

Outro campo da psicologia que apresenta importantes contribuições para a recuperação de adictos é a fenomenologia. Psicólogos que se utilizam desta abordagem para tratar dependentes químicos conseguem uma boa adesão do

paciente, pois a empatia e a aceitação incondicional são ingredientes fundamentais para tratar do adicto, uma vez que ele vive uma constante ambivalência do uso, não uso drogas e ora quer, ora não quero me recuperar.

Na abordagem fenomenológica o acolhimento é fundamental e esta abordagem enfatiza a compreensão do homem, independente da gravidade do problema ou doença. É comum o adicto queixar-se de um vazio existencial e nesta abordagem existe a proposta de dar um significado real a sua razão de existir. Pesquisas recentes revelam que o crack causa uma vulnerabilidade entre o existir e o morrer e o dependente precisam compreender a sua relação de vida e de morte quando consome esta maléfica substância. Através da elaboração de um projeto de vida com significado existencial, o adicto poderá livrar-se do uso de drogas.

O número de pesquisas e estudos específicos para o tratamento do crack se ampliou a partir de 1990 e se intensificaram a partir de 2004, quando muitos países se depararam com a problemática do uso de crack, em diferentes regiões, com o início do uso cada vez mais cedo e em todas as classes socioeconômicas. As pesquisas auxiliam as entidades governamentais e de classes a mapearem a necessidade de implantação de serviços especializados, bem como saber qual é o perfil do usuário de crack, para então propor maneiras de tratamentos mais abrangentes e eficazes.

A terapia cognitiva comportamental vem se destacando como uma abordagem relevante para o tratamento da dependência química, uma vez que delimita de maneira clara e objetivo o seu objeto de estudo, cujo principal foco é a cognição e o comportamento: pensamentos, imagens, conceitos e crenças. Através da identificação dos pensamentos disfuncionais, das crenças de desamor, desamparo e desvalor e dos pensamentos automáticos que podem eliciar no adicto o desejo de usar drogas, o paciente poderá corrigir as suas distorções cognitivas, atingindo um funcionamento psíquico equilibrado e assim manter se afastado dos fatores de riscos que poderão leva-lo a uma recaída, consumindo novamente drogas. A terapia cognitiva comportamental abarca uma gama de técnicas que auxilia o tratamento e oferece ao paciente a possibilidade de um

automonitoramento de seus pensamentos e comportamentos disfuncionais, podem evitar estes pensamentos e sentimentos indesejáveis e conseqüentemente evitará também o uso de drogas.

Após analisar os trabalhos produzidos nos últimos anos em relação à recuperação dos danos cognitivos causados pelo uso do crack, a literatura não aponta pesquisas com a vinculação entre a aplicação de técnicas cognitivas comportamentais individuais e a melhora das funções cognitivas através da aplicabilidade dos conhecimentos da neuropsicologia em usuário de crack. O tema está relacionado com um grupo específico de usuários de crack que apresentam comprometimento em nos processos cognitivos e o objetivo é a aplicação de técnicas psicoterápicas que possibilitem a recuperação destas possíveis perdas, uma vez que o consumo de substâncias psicoativas corrompem os processos neurofuncionais e afetam o funcionamento do córtex cerebral. Em todos os artigos, independente do referencial teórico tem a intenção de contribuir para elevar o índice de recuperação dos dependentes do consumo de substâncias psicoativas.

Os artigos em suas diferentes abordagens terapêuticas demonstram as dificuldades para tratar a dependência química e também expõem métodos e técnicas que apontam melhora dos sujeitos que se submetem a tratamento especializado, seja em a compreensão psicodinâmica da personalidade, em uma proposta de modificar os defitos de caráter, numa visão de melhorar a comunicação e as relações na hierarquia familiar ou na busca e expressão de uma vivência autentica focada no sujeito e no real sentido da vida.

2.5 Apresentação do problema e contribuições da pesquisa

Na revisão bibliográfica não surgem propostas de tratamento da terapia cognitivo comportamental, dentro da sua modalidade de sessões previamente organizadas para serem aplicadas individualmente com o propósito de melhorar o funcionamento cognitivo de usuários de crack, daí a originalidade da pesquisa em

unir dos importantes campos do conhecimento com um único objetivo: diminuir a ou minimizar as perdas da atenção, memória, e função executiva nos dependentes de crack que buscam tratamento e recuperação das funções afetadas. A presente pesquisa investiga se as técnicas psicoterápicas individuais, com base na teoria cognitivo-comportamental auxiliam na recuperação das perdas das funções cognitivas (atenção, memória, fluência verbal, funções executivas) causadas pelo uso do crack.

O presente trabalho apresenta contribuições:

A-Ao campo científico: auxiliando em propostas para tratamento para dependentes químicos baseados em evidências científicas quanto a metodologia, abordagem e instrumentos a serem utilizados nas construções dos projetos terapêuticos.

B-À sociedade: garantindo uma melhor reintegração do dependente químico na família, na sociedade e nos serviços de atendimento, uma vez que recuperados, os usuários de crack podem melhorar o seu funcionamento psíquico e cognitivo, evitando recaídas e atingindo um melhor ajustamento social.

C-Aos profissionais da área da psicologia: auxiliar os profissionais a elaborarem projetos terapêuticos mais eficazes e selecionar técnicas que propiciem uma melhor recuperação de danos cognitivos que podem ser causados pelo uso do crack.

No campo da psicologia clínica, podemos dizer, de acordo com os princípios de Beck, que os pensamentos geram sentimentos que influenciam no comportamento e, de acordo com os achados nesta pesquisa acrescentamos que as técnicas cognitivas comportamentais auxiliam na melhora dos pensamentos, e que o paciente melhora também o funcionamento cognitivo e seus processos atencionais, mnésticos e funções executivas, principalmente no que se refere à flexibilidade mental e controle inibitório.

Quando o usuário de crack está intoxicado seus pensamentos tendem a se tornarem distorcidos e focados mais no consumo da droga do que em outros aspectos de sua vida. Por ser o crack uma droga com efeitos impactantes e

altamente viciantes, o dependente geralmente permanece em um tipo de pensamento de visão em túnel, cujo seu foco é adquirir e consumir o crack e após a intervenção terapêutica observa-se que este mesmo indivíduo passa a apresentar melhores condições neuroadaptativas e comportamentais relacionadas à aquisição de princípios do tratamento, compreensão dos danos causados pelo uso de crack, aplicação das técnicas de prevenção de recaída e melhor motivação para aderir e se manter no tratamento.

Capítulo 3

Aspectos metodológicos da pesquisa:
objetivos, hipóteses e método.

Capítulo 3- Aspectos metodológicos da pesquisa: objetivos, hipóteses e método.

3.1 Objetivo geral

-Avaliar a recuperação de danos cognitivos em pacientes dependentes compulsivos pelo uso de crack submetidos às técnicas das terapias cognitivas comportamentais individuais

3.2 Objetivos específicos-

-Quantificar as avaliações das funções cognitivas (atenção, memória e função executiva) no início, e no término do tratamento.

-Estudar a correlação entre o tratamento aplicado através das técnicas cognitivas comportamentais e a melhora dos processos atencionais.

-Estudar a correlação entre o tratamento aplicado através das técnicas cognitivas comportamentais e a melhora nos processos mnésticos.

-Estudar a correlação entre o tratamento aplicado através das técnicas cognitivas comportamentais e a melhora das funções executivas: planejamento, flexibilidade, memória operacional e controle inibitório.

-Analisar quais as relações entre o grau de ansiedade e o desempenho nas avaliações das funções cognitivas.

-Analisar quais as relações entre o grau de depressão e o desempenho nas avaliações das funções cognitivas.

3.3 Ameaças referentes à validade interna da pesquisa

Tratando-se de uma pesquisa quantitativa e quase experimental, precisamos prever e precaver as seguintes ameaças referentes à validade interna:

Ameaças sociais – viés provocado pela ocorrência de eventos externos simultaneamente a ocorrência da variável independente que poderá influenciar as variáveis dependentes durante o desenrolar do experimento. Pode ocorrer que as mudanças observadas nas variáveis dependentes ocorreram tanto devido as influencias da variável independente quanto estar relacionadas a estes eventos:

-Eventos sociais: influenciam tanto negativa ou positiva que podem ocorrer através daas noticias transmitida pela mídia em relação ao consumo de drogas. Um filme que o paciente assista e mostre os danos causados pelo uso de drogas e isto o deixa mais motivado para o tratamento. Uma noticia da perda de um ente querido devido ao uso de drogas pode levar o adicto a refletir e querer parar de usar, ou outros fatores sociais que poderão alterar o humor, o pensamento e o comportamento do sujeito.

-efeitos das estações do ano- pode ocorrer no inverso um humor mais deprimido e no verão ou primavera o humor mais alegre e motivador para participar das atividades do tratamento.

-ciclos da semana- no final de semana o paciente que permanece internado pode ficar mais ocioso e sentir mais saudades de seus familiares e durante a semana dar uma melhor resposta ao seu tratamento.

-Maturação: estas influências estão relacionadas ás mudanças internas do paciente e estão associadas aos processos biológicos e de desenvolvimento.

3.4 Hipóteses

1-Pacientes dependentes de crack apresentam melhor recuperação dos processos atencionais quando submetidos às técnicas da terapia cognitivas comportamentais individuais durante o tratamento em regime de internação,

2-Pacientes dependentes de crack apresentam melhor recuperação dos processos mnésicos quando submetidos às técnicas da terapia cognitiva comportamentais durante o tratamento em regime de internação,

3-Pacientes dependentes de crack apresentam melhor recuperação das funções executivas (planejamento, flexibilidade, memória operacional e controle inibitório), quando submetidos às técnicas da terapia cognitiva comportamentais individuais durante o tratamento em regime de internação.

4-Pacientes com menor grau de depressão apresentam um melhor desempenho nas avaliações das funções cognitivas.

5-Pacientes com menor grau de ansiedade apresentam um melhor desempenho nas avaliações das funções cognitivas.

6-Pacientes dependentes de crack apresentam melhores desempenhos em atividades relacionadas às tarefas que avaliam memória visual, após serem submetido a tratamento com técnicas da terapia cognitiva comportamental individual.

3.5 Metodologia

3.5.1 Tipo de trabalho

O tipo de desenho da pesquisa é pré-experimental, descritivo correlacional, de acordo com a classificação de Sampieri Hernandez et al, (2008).O projeto é descritivo porque busca medir os atributos de um fenômeno, ou seja, a melhora das habilidades cognitivas de usuários de crack e é correlacional, uma vez que avalia o grau de relacionamento entre esta melhora e tratamento oferecido. Para participar da pesquisa os pacientes precisam chegar para a internação de maneira involuntária e de acordo com os critérios diagnósticos do Cid 10, ser classificado como dependente de substâncias psicoativas – grau grave.

3.5.2 Unidades de análises

Temos como principal objeto de estudo, a observação e avaliação do funcionamento das funções cognitivas em dependentes de crack que estão submetidos a tratamento em regime de internação e a sessões individuais de terapia cognitiva comportamental, para analisar as possibilidades de recuperação das perdas cognitivas.

3.5.3 Critério de seleção de casos

A pesquisa foi realizada na Unidade de Múltiplas Drogas da Clínica Terapêutica Viva-Internação de São Paulo. A amostra foi constituída de forma intencional, participando da pesquisa um total de 26 pacientes, do sexo masculino, alfabetizados, entre 20 e 50 anos de idade, que não apresentavam comorbidades psiquiátricas primária ou doenças degenerativas e todos os sujeitos atendiam critérios de inclusão. Para participar da pesquisa os pacientes precisam chegar para a internação de maneira involuntária e de acordo com os critérios diagnósticos do Cid 10, ser classificado como dependente de substâncias psicoativas – grau grave.

Critérios de exclusão-paciente analfabetos, com idade superior a 50 anos e inferior a 20 anos, com doenças degenerativas ou morbidades psiquiátricas com diagnóstico de esquizofrenia ou psicose, ou que apresentem QI estimado inferior a 79.

3.5.4 Amostra

A amostra foi composta de 26 pacientes dependentes de crack que participaram de uma intervenção de forma voluntária e anônima na reabilitação cognitiva com um tratamento cognitivo-comportamental. Todos os pacientes eram homens, com idade média de 34,23 anos [DP = 7,34] entre 24 e 50 anos. Quanto ao tempo de uso de crack, a média na amostra foi de 5,38 anos [DP = 2,77], com um intervalo de 1-11 anos, mas em relação ao tempo de uso de drogas, a média é de 15.15 anos [DE = 6,31], com um intervalo de 3-30 anos. Uma análise pormenorizada por

meio do teste de associação e de correlação de Pearson r mostra que, neste grupo de pacientes há uma correlação significativa entre o tempo de uso crack e tempo de uso drogas [$r = 0,68$, $p < 0,001$], O tempo de uso de crack e de drogas não está associado com a idade.

A Tabela 1- Caracterização da amostra, apresenta os dados relativos a idade o tempo de utilização de outras drogas e tempo do consumo de crack..

	M	DP	Min.	Máx.
Idade	34,23	7,34	24	50
Tempo de consumo de droga	15,15	6,31	3	30
Tempo de consumo de crack	5,38	2,77	1	11

Todos os pacientes tinham um nível geral de inteligência adequado e apto, e esta avaliação foi feita por meio da prova de matrizes de Raven cujos resultados foram de 16.81 [$DP = 6.10$] com um escore de entre 7 e 27 pontos. A respeito da religião e da família estruturada, em ambos os casos 24 dos pacientes [92.31%] afirmaram ter retaguarda familiar e também ter um credo religioso.

Caracterizando a instituição, sabe-se que a Unidade de múltiplas Drogas da Clínica Terapêutica Viva é uma clínica de internação, especializada em dependência de drogas, cujo principal foco terapêutico é a terapia cognitiva comportamental individual. Este centro de reabilitação atende pacientes de classe média, pois se trata de uma Instituição particular.

O viés que poderá ocorrer em relação à diferença do nível sócio econômico entre os pacientes será minimizado através dos critérios de inclusão, pois só participarão da pesquisa os pacientes alfabetizados e com QI superior a 79.

3.5.5 Variável independente

Técnicas cognitivas comportamentais aplicadas individualmente, e avaliação antes e depois do tratamento.

3.5.6 Variáveis Dependentes

As medidas avaliadas foram de ansiedade, depressão, atenção concentrada, atenção dividida, memória auditiva de curto e longo prazo, memória visual de curto e longo prazo, memória operacional ou de trabalho, fluência verbal fonológica, fluência verbal semântica, planejamento, controle inibitório e flexibilidade mental.

Outra variável dependente que será considerada neste estudo é o estado de humor: nível de ansiedade e de depressão. O estado de humor como ansiedade e depressão pode alterar o funcionamento cognitivo. De acordo com Caballo (2003) um dos principais sintomas da ansiedade é a preocupação excessiva com o futuro e estes sintomas perduram durante pelo menos seis meses para caracterizar o quadro de ansiedade. Os sintomas da ansiedade interferem na atenção, capacidades de raciocínio além de gerar esquiva e dificultando o enfrentamento e resolução de problemas (Possendoro in Angilotti, 2007).

A depressão é um distúrbio afetivo, é uma doença e existe uma serie de estudos científicos que demonstram alterações químicas no cérebro do individuo deprimido principalmente em relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina), que são as substancias que transmitem os impulsos nervosos entre as células. Os principais sintomas da depressão, de acordo com o DSM V são: humor deprimido, irritabilidade e angustia, desânimo, cansaço fácil e necessidade de maior esforço para fazer as coisas. Diminuição ou incapacidade para sentir alegria e prazeres atividades anteriormente consideradas agradáveis, desinteresse, falta de motivação e apatia, falta de vontade e indecisão. Sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio. Pessimismo, baixa autoestima. A pessoa pode desejar morrer e planejar uma forma de tentar suicídio. Diminuição do desempenho sexual. Perda do apetite. Insônia. Dores e outros sintomas físicos. Em relação ao funcionamento cognitivo pode ocorrer dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento.

Embora aspectos emocionais, sociais e afetivos tenham papel central comprovado no estudo de dependentes de drogas, os aspectos cognitivos são igualmente

relevantes para a compreensão dos fenômenos que caracterizam a dependência de drogas. A compreensão dos conceitos de atenção, memória e função executiva são essenciais para se elaborar um tratamento eficaz em relação aos usuários de drogas.

3.5.7 Técnicas e instrumentos

O início das avaliações será após o vigésimo dia de tratamento, onde se pressupõe que a equipe terapêutica já coletou os dados da história clínica e da história do consumo das substâncias e ainda não foi aplicado formulários da terapia cognitiva comportamental para a reabilitação.

O material de testagem foi aplicado por psicólogo que domina as técnicas necessárias para utilizar os instrumentos de avaliação. A aplicação dos testes foi realizada em ambiente físico adequado, com iluminação, mesas, cadeiras e aparatos necessários.

O horário da testagem foi mantido entre as 14 e 17 horas, para eliminar interferências em relação ao sono, fadiga e alimentação e se adequar à rotina da instituição.

Transcorrido no mínimo 60 dias após a testagem inicial, os pacientes foram novamente submetido às mesmas baterias de testes neuropsicológicas.

Os instrumentos de avaliações foram escolhidos obedecendo a critérios que atendam as funções a serem avaliadas, e estabelecendo padrões de respostas quantitativas e qualitativas correspondentes ao gênero, faixa etária e nível de escolaridade.

Foram realizadas três sessões de aproximadamente uma hora e meia para a testagem inicial.

3.5.8 Descrição dos instrumentos de avaliação

Escala de depressão de Beck – instrumento que consiste em um formulário com 21 questões sobre como o indivíduo se sentiu na última semana. Cada questão apresenta quatro possibilidades de resposta, que variam em intensidade e o paciente vai assinalar aquela que ele identificar em si.

Escala de ansiedade de Beck

A escala de ansiedade de Beck consiste em um formulário com posto por uma série de 21 questões de múltipla escolha. São perguntas de autoavaliação sobre a percepção de ansiedade por parte do paciente ao longo da semana anterior. As perguntas avaliam diferentes sintomas de ansiedade tais como sudorese, taquicardia, tremores, irritabilidade, entre outros. Cada pergunta possui quatro alternativas de respostas: Não, levemente, moderadamente, severamente. O paciente seleciona uma das quatro alternativas para cada pergunta.

Códigos (Subteste do Wais III)- Consiste em folha em branco e preto com estímulos visuais, onde o paciente é solicitado a encontrar o maior número de estímulos iguais ao modelo em um período de tempo determinado. Avalia a atenção concentrada em termos da rapidez de reação e de exatidão ao executar tarefa simples de natureza perceptiva, sem recorrer às funções intelectuais.

Teste de Inteligência Geral-teste de múltipla escolha para a aferição do QI Consiste em um caderno contendo sequências de figuras, com um padrão lógico entre elas. Uma das casas da matriz é deixada em branco e o paciente vai selecionar em cada sequência aquela figura que completa a série de maneira lógica.

Teste de Trilhas Coloridas consiste em folha com estímulos visuais com cores e números, onde o paciente precisa unir a sequência numérica em ordem crescente. Em sua Forma A avalia a atenção visual focada, a velocidade

psicomotora e a destreza manual e em sua Forma B avalia a atenção dividida, velocidade psicomotora, discriminação visual e destreza manual.

Provas de Memória Lógica II, história B, consiste na repetição de história que examinam a habilidade de reter ideias, apresentada em duas histórias, com o objetivo de medir a memória imediata e de recuperação tardia para informação verbal (Ardila, 1993).

Fluência Verbal fonológica: O paciente devera falar todas as palavras que ele se recordar que iniciam com a letra F durante 120 segundos

Fluência Verbal semântica: O paciente devera falar todos os nomes de animais que ele se recordar durante 120 segundos.

Cubos (Sub teste do Wais III): identificam a formação de conceitos, envolvendo análise, síntese, organização viso motor e flexibilidade na resolução de

Lista de palavras de Rey (RAVLT), o paciente é orientado a repetir uma lista de palavra após a leitura desta. A lista de palavras (lista A) é lida por quatro vezes e o paciente repete as palavras que se recorda se Após vinte minutos, pede-se para o paciente dizer quais as palavras que ele se recorda da lista A.

Dígitos- Em sua ordem direta, a prova consiste na repetição de dígitos que são verbalizados pelo aplicador. A sequência de dígitos tem um amento gradativo e o paciente deve repetir a mesma sequência lida pelo aplicador, em sua ordem direta.

Na ordem inversa, o aplicador lê a sequência de dígitos e pede para o paciente repetir em sua ordem inversa, aumentando o grau de dificuldade a cada sequência lida, pois se vai acrescentando cada vez mais dígitos.

Benton-Forma C e D- Prova que avalia a percepção visual, a memória visual e as capacidades visoconstrutivas. As duas formas são constituídas, cada uma delas por 10 pranchas com uma ou mais figuras e em sua forma D o paciente vai copiar

as figuras em sua presença e em sua forma C, ele vai memorizar as figuras e reproduzi-las sem o estímulo visual presente.

Stroop Color Test, instrumentos compostos por três cartões, sendo o primeiro com sequência de cores que o paciente deve nomear o segundo com uma sequência de palavras, mas que o paciente deve dizer as cores impressas e não ler as palavras e o terceiro com o nome de cores impressos em palavras, mas o paciente deve dizer a cor da impressão, sem ler as palavras. Observamos dificuldade de atenção, relativa à resistência tem e inibir alguns estímulos visuais (palavras escritas) e priorizar outras (cor em que a palavra foi expressa) visando responder ao estímulo.

3.5.9 Descrição das sessões de terapias individuais aplicadas

1º Sessão - Neste momento são importantes que o terapeuta ratifique sua disponibilidade em continuar acompanhando o paciente em seu processo de construir novas habilidades e manter as que foram conquistadas objetivando um funcionamento produtivo. Foi lido e assinado o Termo de Consentimento e combinado os seguintes itens, que fazem parte do contrato terapêutico. Foi estabelecida a aliança terapêutica/disponibilidade, duração do tratamento, sessões estruturadas; duração/objetivo/tarefa, horário. Estabelecido vínculo e uma relação de confiança com o paciente tendo em vista que este é o primeiro contato com a instituição e o profissional. Apresentação do modelo de tratamento, bem como objetivos, contrato e a forma de trabalho da Terapia Cognitivo Comportamental. Apresentaram-se os conceitos de: Uso/Usos Abusivo/Dependência. Sempre que possível no início das sessões deve-se fazer uma recapitulação da sessão anterior.

2º Sessão – Balança decisória

1º Etapa, Formulário contendo duas colunas onde na primeira o paciente escreve quais as vantagens que ele tem com o consumo de crack e na segunda coluna, o paciente escreve quais as desvantagens.

2º Etapa, constituído de quatro lacunas. Na 1ª o paciente descreve o que ele gosta em si quando usa drogas, na segunda coluna escreve inquérito ele não gosta em si quando não usa. Na terceira lacuna o paciente escreve o que gosta dele quando não usa e na quarta laguna escreve o que ele não gosta em si quando não usa.

3º Sessão: Distorções cognitivas

No início da sessão o psicólogo explica para o paciente quais são as princípios distorções cognitivas. Em seguida o paciente elege 3 a 4 distorções que ele identifica como predominante em si. Após fazer a identificação, o paciente exemplifica e fala como poderá fazer a correção destas distorções que identificou.

4º Sessão: Questionamento socrático

Auxilia o paciente a avaliar seus padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos. Ajuda o paciente a monitorar suas atividades, o desejo de usar e o seu humor.

Pede-se que o paciente decrava uma situação conflitante e questione como poderá agir e quais as consequências positivas e negativas destas ações.

5º Sessão: Decisões aparentemente irrelevantes

Já sabemos que momentos de fissura fazem parte da dependência química, e farão parte da caminhada de nossos pacientes, portanto, é proposta aqui uma sessão sobre fissura e decisões aparentemente irrelevantes para verificar como o paciente esta manejando estas habilidades, muito significativas para a manutenção da abstinência.

O psicólogo explica para o paciente o conceito de deduções aparentemente irrelevantes. O paciente da um exemplo para o psicólogo. Em seguida o paciente escreve no formulário quais as dais que identifica e que podem leva-lo a se colocar em situações de alto risco e ter uma recaída quanto ao consumo do Crack.

6º Sessão: Identificações e lidando com da fissura

O psicólogo explica para o paciente o conceito de fissura. Em seguida o paciente anota no formulário como ele identifica em as manifestações físicas e psíquicas de fissura e propõe como ele poderá superá-la sem fazer uso de Crack.

É importante explicar ao paciente que a fissura vem e passa, tem duração de mais ou menos uma hora e que se o paciente consegue resistir até que o pico da fissura passe, a pressão interna de resposta desaparecerá. Uma maneira de ensinar o paciente a lidar com a fissura é desenvolver uma postura de desprendimento, onde ao invés de pensar “quero muito usar” a pessoa pode ser treinada para monitorar o desejo e do ponto de vista de um observador pensar: “agora estou experimentando uma vontade forte de usar”. Segundo Marlatt, “a fissura é como uma onda que vai crescendo e objetivo do individuo é pegar esta onda e tentar se manter de pé na prancha, até o alto da onda, quando ela começa a baixar naturalmente até desaparecer”.

7º Sessão: Padrões de crenças

O paciente responde o formulário (em anexos), que vai possibilitar à identificação de quais as crenças disfuncionais que predominam em sua personalidade e assim ampliar a possibilidade de corrigí-las.

8º sessão: Cartões de enfrentamento

O cartão de enfrentamento funciona como um fator de proteção que o paciente carrega consegue para evitar recaída. Cada cartão contém a descrição da situação de alto risco e quais as estratégias que ele poderá utilizar para não consumir o Crack. Para que se possa trabalhar com prevenção de recaída faz-se necessário também, levar o paciente a conhecer e poderem lidar com situações de alto risco, estas situações variam de pessoa para pessoa e podem se referir tanto a estímulos externos (do tipo passar por locais que lembram a substancia ou ver pessoas consumindo a droga) quanto a internos (estados emocionais positivos ou negativos).

Este esquema mostra o quanto os pensamentos influenciam o comportamento propriamente dito, mais uma vez enfatizando a importância do uso de uma abordagem cognitivo-comportamental. Daí a necessidade de, juntamente com o paciente, identificar os sentimentos, pensamentos e comportamentos vinculados ao consumo para que se possam encontrar alternativas para esta atitude de consumo.

9º Sessão: Identificação dos estágios motivacionais

O exercício demonstra em forma de espiral os estágios motivacionais: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recaída.

O paciente vai identificar em qual estágio ele se classifica e assim poderá melhorar e fortalecer a sua determinação para realizar as mudanças necessárias.

10º Sessão- Reestruturação cognitiva

Consiste em um exercício em cinco colunas onde o paciente elege uma situação conflitante, descreve como ele se comportou, identifica a distorção cognitiva e por fim propõe uma nova maneira de pensar e finalmente de se comportar de maneira mais funcional.

11º Sessão: Área da vida (roda de satisfação): formulário composto por 8 áreas da vida: pessoal, espiritual, física, mental, familiar, financeira, ocupacional, emocional. O paciente anota qual o seu grau de satisfação em cada área. Em seguida, descreve os aspectos positivos e os negativos que ele identifica em cada área. Possibilitar ao paciente uma avaliação detalhada de como esta sua vida, seu funcionamento ao que se refere em nível de satisfação e insatisfação em todas as áreas. Pedir ao paciente que pense sobre o nível de satisfação e insatisfação em cada esfera da vida, atribuindo uma porcentagem de zero a cem. Aplicar formulário e pedir ao paciente que identifique onde está a insatisfação. Nesta fase já é possível conduzir o paciente a refletir o quanto as insatisfações e possíveis desorganizações podem estar relacionadas ao uso de substâncias.

12º Sessão: A elaboração de um novo projeto de vida onde o paciente estabelece metas e objetivos claros, onde o paciente analisa o grau de satisfação na diferentes áreas da vida: espiritual, física, psicológica, ocupacional, financeira, intelectual, social, familiar e afetiva. Após fazer esta análise o paciente traça objetivo a médio e longo prazo para serem atingidos em cada área, com a meta de melhorar o grau de satisfação referente a cada área da vida. Formulário composto por duas colunas. Na primeira o paciente escreve suas metas em cada área, e na segunda ele determina o tempo para atingir os objetivos traçados.

Capítulo 4

Resultados

Capítulo 4 - Resultados

4.1 Apresentação dos resultados

Inicialmente, vamos analisar as distribuições de todas as variáveis pesquisadas: ansiedade, depressão, atenção concentrada, focada e dividida (códigos e trilhas A e B), controle inibitório (stroop), construção visomotora e planejamento (cubos), memória e retenção visual (Benton C), capacidade visomotora (Benton D), memória e retenção verbal (lista de palavras, dígitos direto e inverso, memória lógica).

Em seguida, foi realizada a análise de comparação entre os resultados de pré-intervenção (A) e os resultados de pós-intervenção (B) e para realizar estas comparações foi aplicado em todas as provas o método t de student e o método de Wilcoxon como alternativa não paramétrica para aquelas variáveis que mostraram distribuição não paramétrica.

4.2 Estatísticas descritivas e análises das distribuições

Com o objetivo de estudar as diferenças entre as distribuições realizadas pré e pós-intervenção faz-se uma análise das distribuições dos resultados das provas aplicadas.

Em relação às provas de ansiedade e depressão, tanto no pré como no pós-intervenção ambas mostram distribuições que não se diferenciaram significativamente na distribuição normal assintótica. Na tabela 2 podem ser observados os dados estatísticos descritivos referentes à média, o desvio padrão, a pontuação mínima e máxima, e a estatística correspondente ao valor da prova de normalidade de uma distribuição a partir de Kolmogorov- Smirnov.

Tabela 2- Estatísticas descritivas de Ansiedade e Depressão

	M	DP	Min.	Máx.	K-S	p
Ansiedade Pré	10,15	10,29	0	38	1,21	,11
Ansiedade Pós	4,88	4,01	0	16	1,03	,24
Depressão Pré	10,15	7,34	0	29	0,71	,69
Depressão Pós	5,85	4,58	0	19	0,84	,48

Em relação às provas de atenção concentrada e focada, este é o sub teste de códigos e as provas de Trail Making A e B se observou que todas elas, tanto em condições de pré como de pós intervenção mostraram distribuições similares a distribuição normal assintótica.

Tabela 3- Estatísticas descritivas de Códigos e Trilhas A e B

	M	DE	Min.	Máx.	K-S	p
Códigos Pré	58,23	11,48	36	78	0,52	,95
Códigos Pós	66,81	11,78	42	89	0,71	,70
Trilhas coloridas A Pré	56,15	17,69	26	90	0,64	,81
Trilhas coloridas A Pós	42,73	14,80	21	73	1,00	,27
Trilhas coloridas B Pré	88,23	19,49	45	123	0,60	,86
Trilhas coloridas B Pós	70,19	18,38	31	110	0,41	1,00

Ao analisar as distribuições de variáveis referentes à fluência verbal, visoconstrução e controle inibitório avaliados mediante as provas de Fas, Cubos e Stroop, respectivamente, pode-se observar que todas as provas, tanto em condições de pré-intervenção como em condições de pós-intervenção, apresentam distribuições semelhantes à distribuição normal assintóticas, exceto a prova de Stroop em pós-intervenção que mostra uma distribuição diferente significativamente da normal ($KS=1.95$ $p < .001$). Na tabela 4 podem-se observar os valores descritivos e de distribuição.

Tabela 4- Estatística descritiva de Fluencia Verbal, Cubos e Stroop

	M	DE	Min.	Máx.	K-S	p
FAS Pré-testes	37,38	8,48	23	61	0,75	,62
FAS Pós-testes	42,12	10,62	26	66	0,50	,96
Cubos Pré-testes	35,88	8,54	22	54	0,67	,75
Cubos Pós-testes	41,85	8,70	27	58	0,69	,74
Stroop Pré-testes	22,62	1,36	20	24	0,98	,29
Stroop Pós-testes	23,58	0,58	22	24	1,95	,00

Ao analisar as provas de memória visual e cópias, testadas nas provas de Benton D e C, tanto em condições de pré-intervenção como em condições de pós-intervenção apresentam-se distribuições que não se diferem significativamente da distribuição normal assintótica, isto ocorre em Benton C em fase de pré-teste (KS= 1.34 p = .05) e em fase de pós-teste (KS=2.13, p < .001) e em Benton D em fase de pré-teste (KS = 2.31, p < .001) e em fase de pós-teste (KS = 2.64 p < .001). Pode-se observar na tabela 5 os dados estatísticos descritivos e a distribuição.

Tabela 5- Estatística descritiva de Benton C e D

	M	DE	Min.	Máx.	K-S	p
Benton C Pré-testes	8,85	1,16	6	10	1,35	,05
Benton C Pós-testes	9,54	0,95	6	10	2,13	,00
Benton D Pré-testes	9,62	0,80	7	10	2,31	,00
Benton D Pós-testes	9,81	0,57	8	10	2,64	,00

Com respeito às provas verbais de memória imediata e de memória de evocação, observa-se que todas as provas aplicadas, tanto em condições de pré-intervenção

como em condições de pós-teste apresentam-se distribuições que se diferem significativamente da distribuição teórica normal. Isto ocorre tanto na prova de lista de palavras de Rey, dígitos em ordem direta e inversa e memória lógica imediata e de evocação. Na tabela 5 podemos observar os dados estatísticos descritivos e os dados da distribuição.

Tabela 6- Estatística descritiva de Lista de Palavras, Dígitos OD/ OI e Memória Lógica.

	M	DE	Min.	Máx.	K-S	p
Lista de Pal. Pré-teste	24,00	5,65	9	32	0,84	,49
Lista de Pal. Pós-teste	28,88	5,84	13	37	0,63	,82
Lista de Pal. de evocação Pré	8,00	2,93	2	14	0,88	,42
Lista de Pal. de evocação Pós	10,58	3,87	4	22	0,57	,90
Dígitos OD Pré-teste	10,19	2,86	5	15	0,70	,71
Dígitos OD Pós-teste	11,12	2,57	7	16	0,88	,42
Dígitos OI Pré-teste	6,65	2,10	2	10	0,86	,44
Dígitos OI Pós-teste	7,58	1,75	4	12	0,91	,38
Memoria Lógica Pré-teste	11,19	6,99	3	28	1,22	,10
Memoria Lógica Pós-teste	14,31	7,33	7	33	1,26	,08
Evocação Pré-teste	6,77	3,04	2	14	0,63	,82
Evocação Pós-teste	10,04	4,49	1	22	0,55	,92

4.3 Análise de comparação dos resultados de pré e de pós-intervenção.

Comparação de pré e pós-intervenção das provas de ansiedade e de depressão

Com o propósito de obter dados que mostrem as evidências do efeito da intervenção sobre o grupo de pacientes avaliados, faz-se uma análise de comparação pré e pós-intervenção, considerando os dados estatísticos de t de Student. A análise demonstra uma redução significativa da ansiedade em ambas

as situações [$t=(25) 3.14$. $SE= 1.68$, $p < .01$]. Em condições de pré-intervenção os valores médios foram 10.15 que se reduziram para 4.88. A respeito da análise realizada de depressão, se observa o mesmo fenômeno, isto é uma redução significativa da depressão entre as condições de pré e pós-intervenção. Em condições de pré-intervenção os valores de depressão foram similares aos de ansiedade 10.15, e no caso da depressão se reduziram para 5.85.

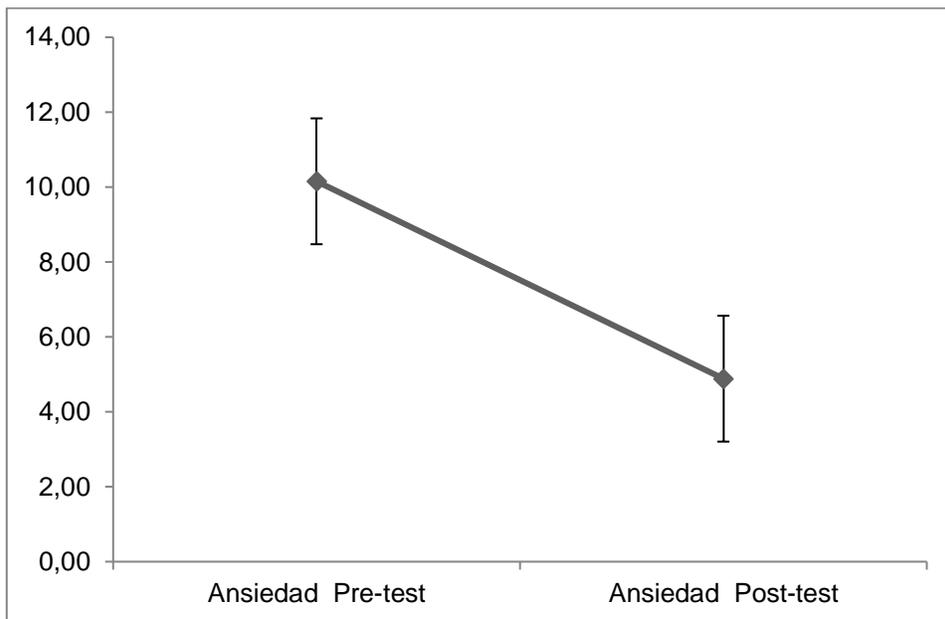


Gráfico1 de redução de pré e pós-teste com barras de erro ansiedade.

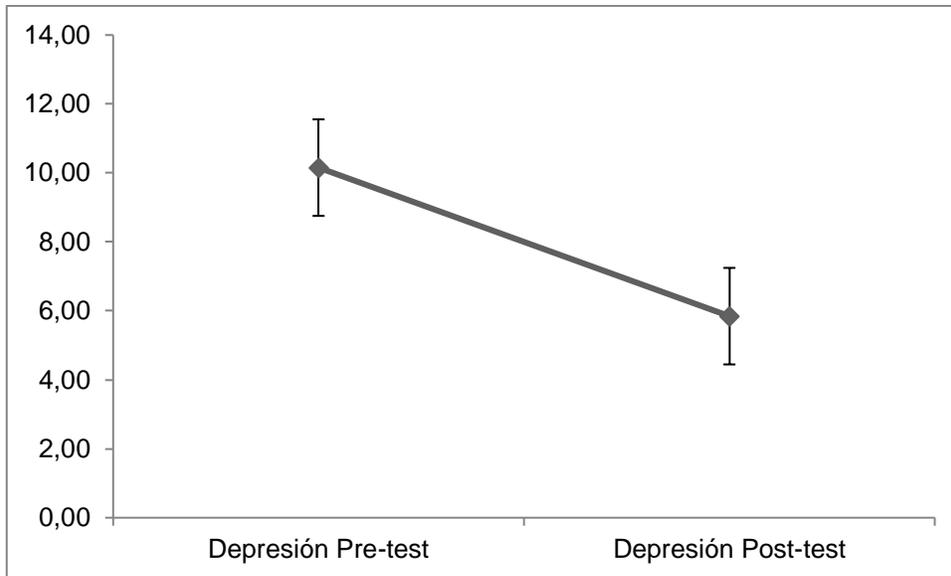


Gráfico 2- pré pós-teste redução com barras de erro e depressão.

4.4 Comparação entre testes pré e p s-intervenção

Ao realizar a análise comparativa pr  e p s-intervenção nos testes de atenção, observa-se uma melhora significativa tanto na atenção sustentada como seletiva. Isso ocorre no sub- teste-chave onde os pacientes pós-intervenção alcançaram desempenho significativamente superior [$t(25) = 5.30$, $SE = 1.62$, $p < .001$], e também no trilhas coloridas A [$t(25) = 4.52$, $SE = 2.97$, $p < .01$] e na forma B [$t(25) = 5.10$, $SE = 3.54$, $p < .01$], onde é observada uma redução significativa do tempo de executar a tarefa.

Na figura apresentada no grafico 3, observa-se teste pré e p s intervenção com barras de erro.

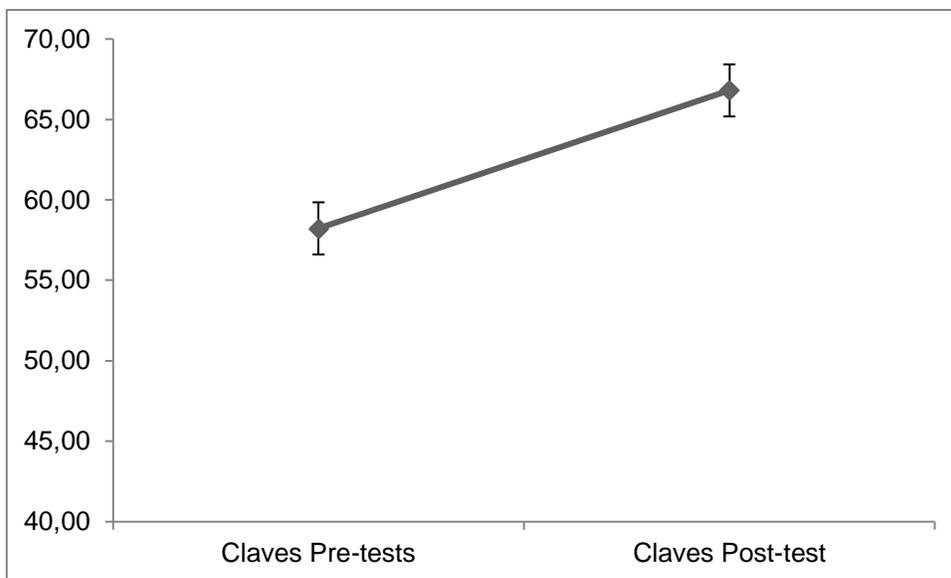


Grafico 3- Observa-se o aumento do desempenho no teste de códigos (atenção) pre e pós-intervenção.



Gráfico 4- redução da latência na execução da tarefa das Trilhas coloridas B formulário de teste em condição de pré e pós-intervenção

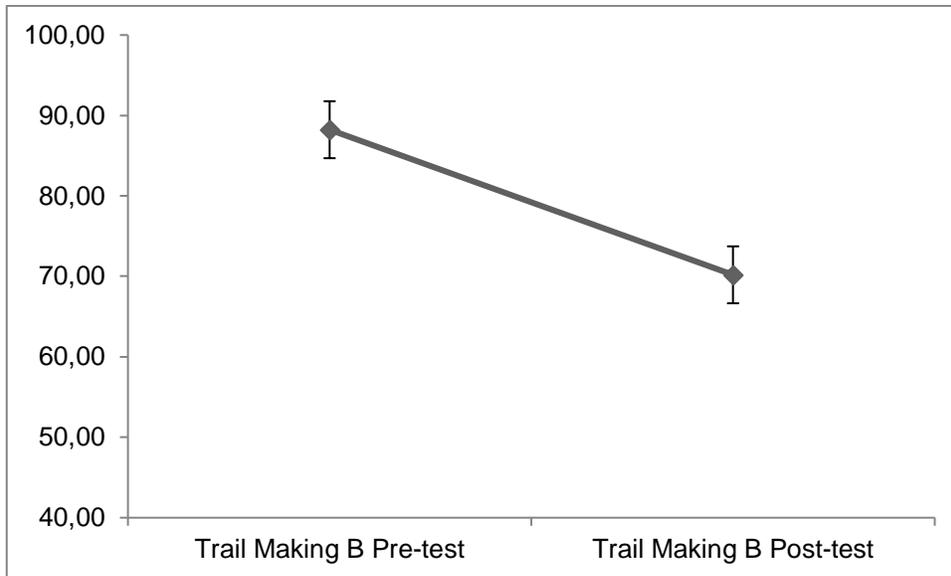


Gráfico 5- redução no tempo de execução da tarefa das Trilhas B na condição de pré e pós-intervenção.

Pré-intervenção e pós-intervenção: comparação dos resultados nas provas de fluência verbal, visuo construção e controle inibitório.

Ao comparar o desempenho das medidas pré e pos Intervenção nas provas de fluência verbal e visuo- construção foi aplicada o tratamento estatístico t de Student e observamos diferenças significativas no desempenho dos pacientes. Os pacientes atingiram menor desempenho na tarefa de fluência verbal (FAS) e intervenção pré e pós-tarefa em fluência verbal [t(25) = 3.42 , SE = 1.38 , p < .01]. Também observamos resultados semelhantes em prova de cubos comparados a fluencia verbal, como também em subteste cubos. [t(25) = 5.66, SE = 1.05, p < 001] .

Observar-se melhora significativa tanto em fluência verbal, como em visomotora e cubos.

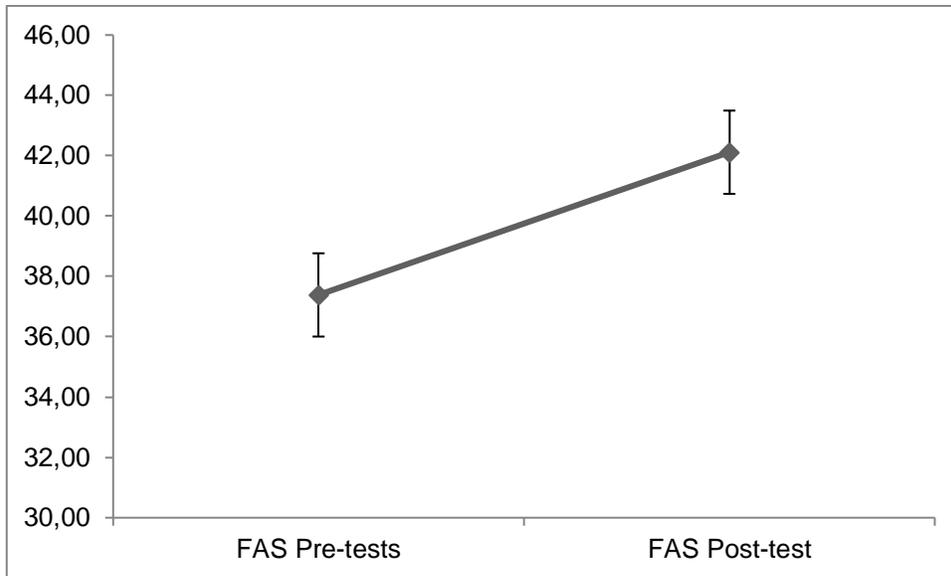


Gráfico 6- Observa-se aumento no desempenho do teste de fluência verbal após o tratamento.

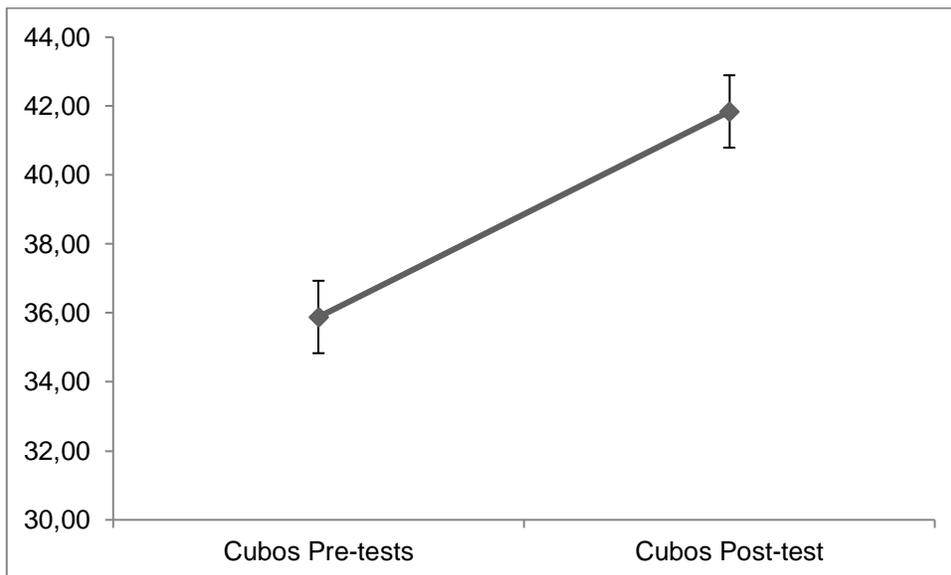


Gráfico 7- Observa-se aumento no desempenho do teste de Cubos após o tratamento.

Com relação ao teste que avalia o controle inibitório, a tarefa de Stroop, após o tratamento estatístico observa-se distribuições diferentes da distribuição normal tanto em pós como em pré-teste e devido a esta característica, foi selecionado o Wilcoxon Z, por ser mais adequado para esta comparação .

A análise mostrou que as distribuições da pré- tarefa Stroop e pós-intervanção diferiu significativamente [$Z = 3.27$, $p < .01$] . O teste da mediana no pré-intervenção foi de 23.00 [intervalo interquartil = 2] e do pós-teste de 24.00 [intervalo interquartil = 1]

A figura apresentada abaixo do valor médio de ambas as distribuições em pré e pós-intervenção pode ser visto.

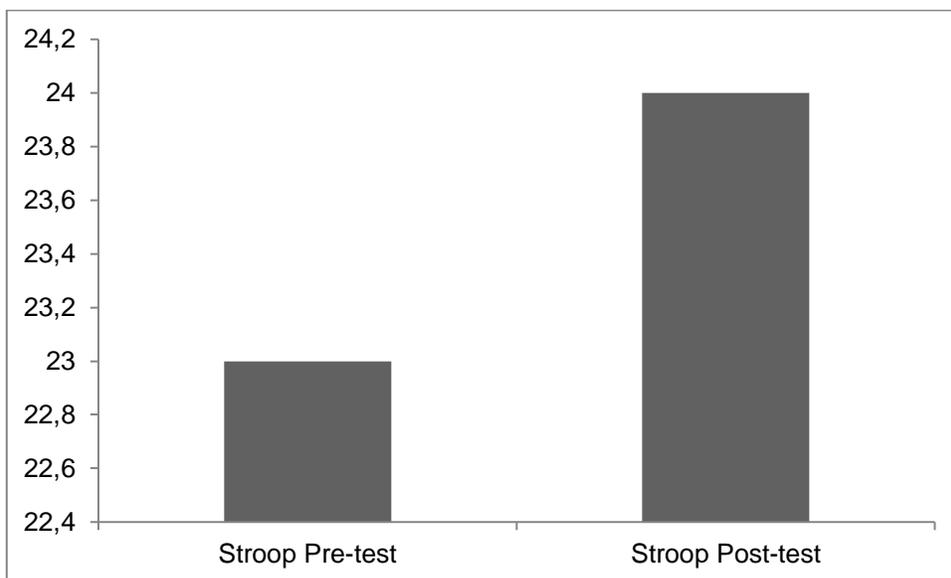


Gráfico (8) representa o aumento nos valores medianos da fase pós-teste de Stroop.

Em relação ao teste de retenção na fonte de informação visuo-espacial, avaliado a partir da subteste de Benton (C e D), ambos mostraram distribuições que são significativamente diferentes da distribuição normal assintótica tanto no pré-intervenção, como no pós-intervenção. Por esta razão o teste de Wilcoxon Z que é mais adequado para comparar o desempenho dos voluntários na fase de pré e pós-intervenção foi selecionado. Ao realizar a comparação pré e pós-intervenção em Benton forma C observa-se que melhora significativa entre as fases de pré e pós-teste [$Z = 3.15$, $p < .01$]. O valor da mediana no pré-teste foi de 9.00 [intervalo interquartil = 2] e do pós-teste de 10.00 [intervalo interquartil = 1]. Então a figura

onde o valor médio de ambas as distribuições nos períodos pré e pós-intervenção pode ser observado.

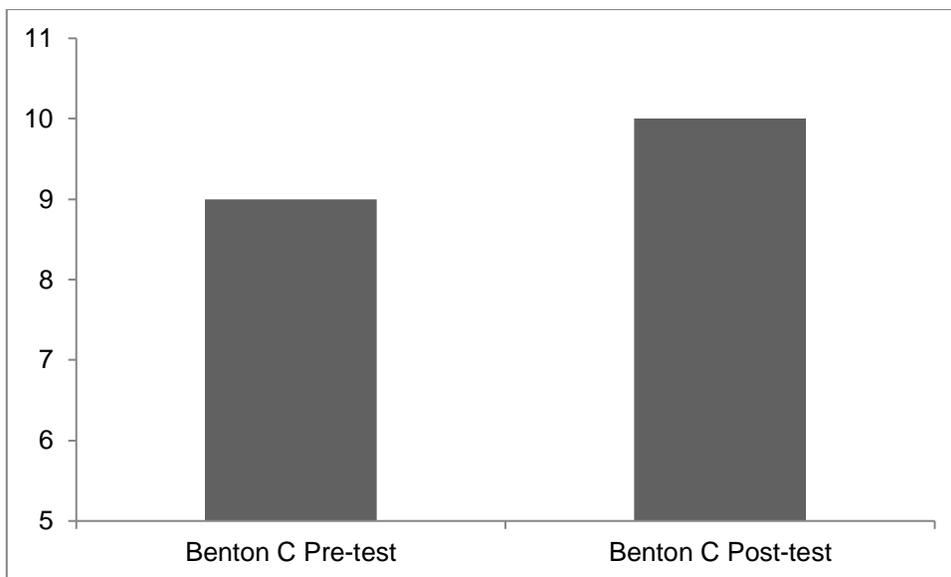


Gráfico (9) representa o aumento dos valores medianos do teste de Benton C nas fases pré e pós- intervenção.

Não se observou diferenças significativas entre as fases de pré e pós-teste [$Z = 1.32$, $p = 0.19$]. O teste da mediana no pré- teste foi de 10.00 [intervalo interquartil = 0] e pós-teste de 10.00 [intervalo interquartil = 0] . Apresenta-se na figura abaixo, onde o valor médio de ambas as distribuições em pré e pós-teste pode ser visto.

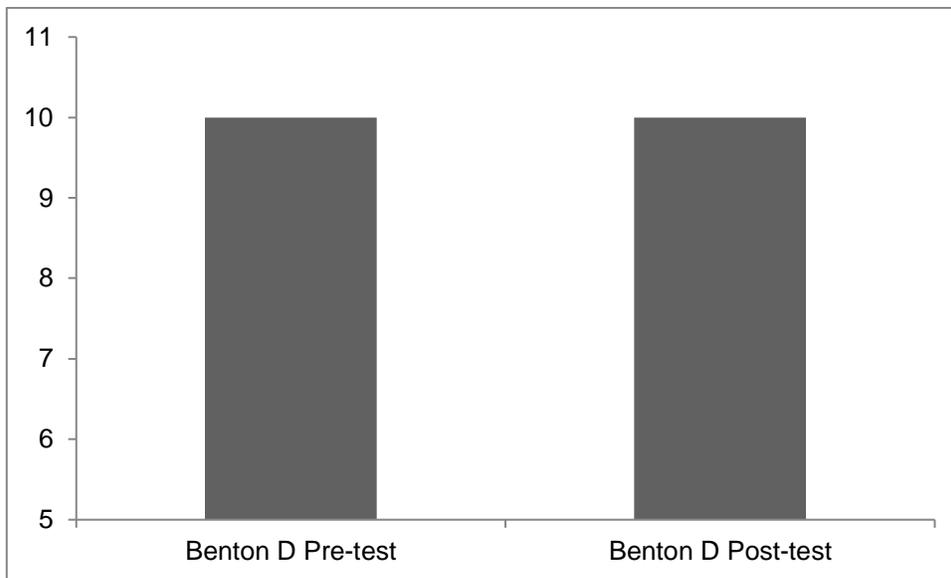


Gráfico (10) mostra os valores médios do teste de sub-intervenção de Benton forma D em fase de pré e pós-teste.

Para comparar o desempenho em testes de memória verbal nas fases de pré e pós-intervenção, e considerando as distribuições de testes que foram normais, foi utilizada a estatística t de Student. Ao analisar o desempenho da lista de palavras e notou-se que tinha uma melhoria significativa na fase pós-intervenção em comparação com a fase de pré [$t(25) = 7.04$, $SE = 0.69$, $p < .001$]. Este resultado é semelhante aos resultados do teste de evocação (lista de palavras) [$t(25) = 4.71$, $SE = 0.69$, $p < .001$]. Em seguida, são apresentados os valores médios da tarefa em cada fase.

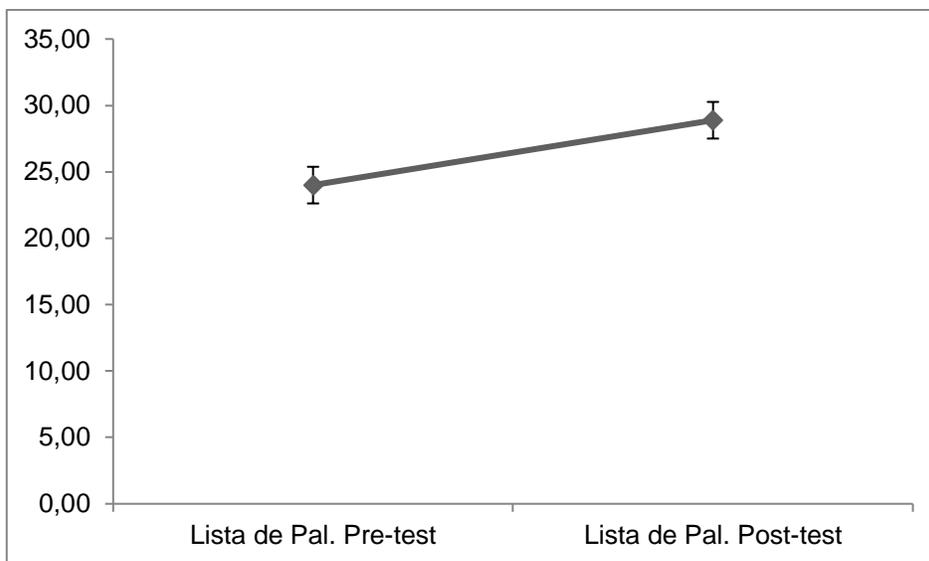


Gráfico 11- Aumento no desempenho no pré-intervenção de memória de evocação e pós teste de memória de evocação (lista de palavras)

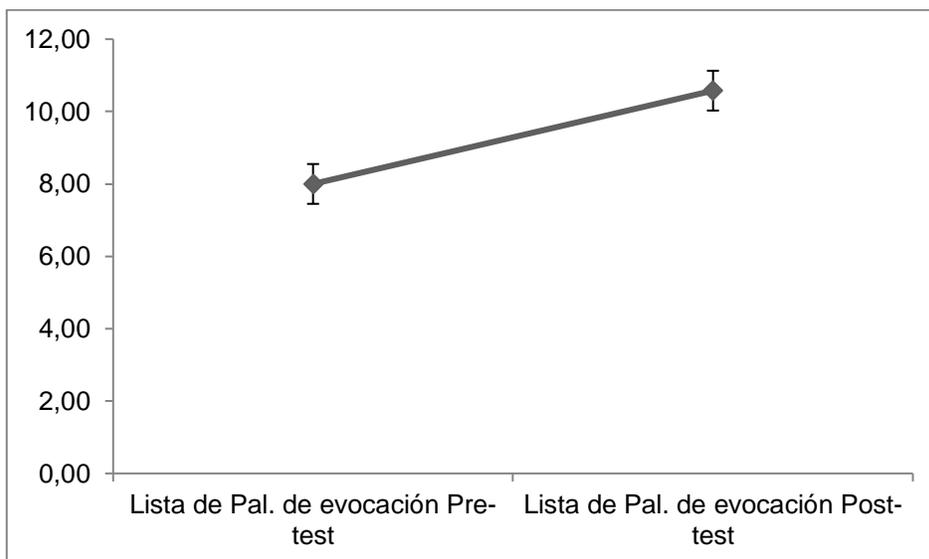


Gráfico 12- Aumento de resultados da lista de palavras em pós-teste (evocação). Ao realizar a análise da repetição da lista de palavras, comparando pré e pós-intervenção, e em dígitos de ordem direta também é observado um aumento significativo na fase pós-intervenção [$t(25) = 2.48$, $SE = 0.37$, $p < .05$]. Este resultado também é observado na análise de dígitos em ordem inversa [$t(25) = 3.15$, $SE = 0.29$, $p < .01$].

Nas figuras pode ser visto, em seguida, os valores médios dos testes de repetição de dígitos em ordem direta. O aumento dos resultados obtidos em dígitos em ordem direta na fase de pré e pós- intervenção.

Nas figuras pode ser visto, em seguida, os valores médios dos testes de repetição de dígitos em ordem direta.

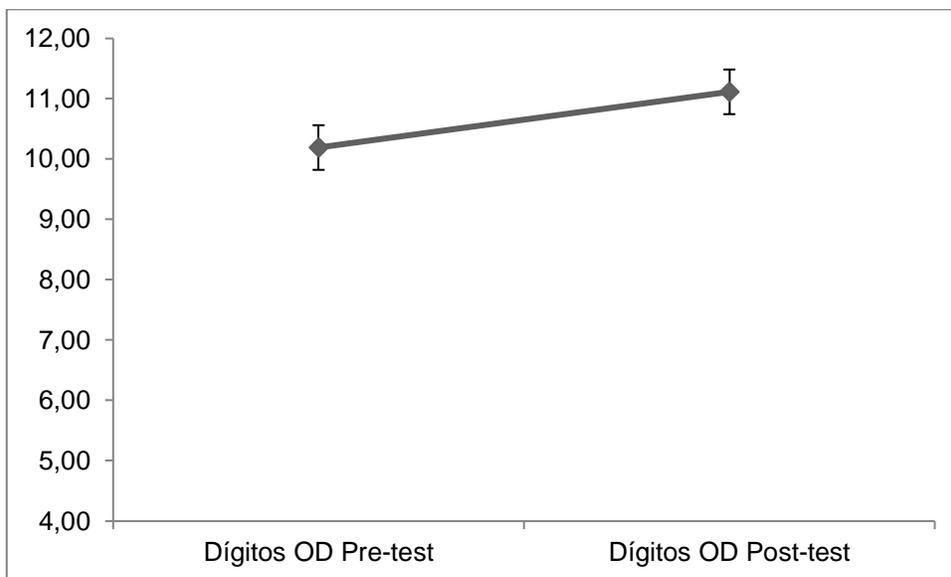


Gráfico 13- O aumento dos resultados obtidos em dígitos em ordem direta na fase de pré e pós-intervenção.

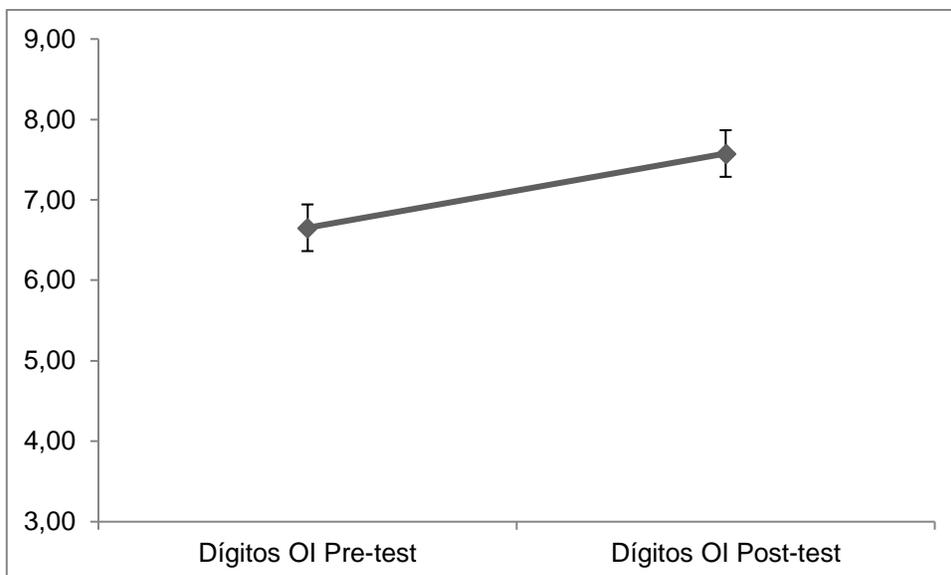


Gráfico 14- Os resultados dos testes de dígitos em ordem inversa na fase pré - pós- intervenção.

Ao analisar os resultados do teste de Memória lógica e recuperação da memória, podemos ver que o mesmo padrão obtido nos outros testes de memória verbal também é observado. Os participantes apresentam um desempenho significativamente melhor na avaliação pós-intervenção em comparação com a avaliação pré-intervenção, tanto nos teste de memória lógica [$t(25) = 6.85$, $SE = 0,46$, $p < .001$], como prova de evocação [$t(25) = 4.30$, $SE = 0.76$, $p < .01$]. Nos números apresentados, você pode ver aumentos significativos encontrados nestes testes.

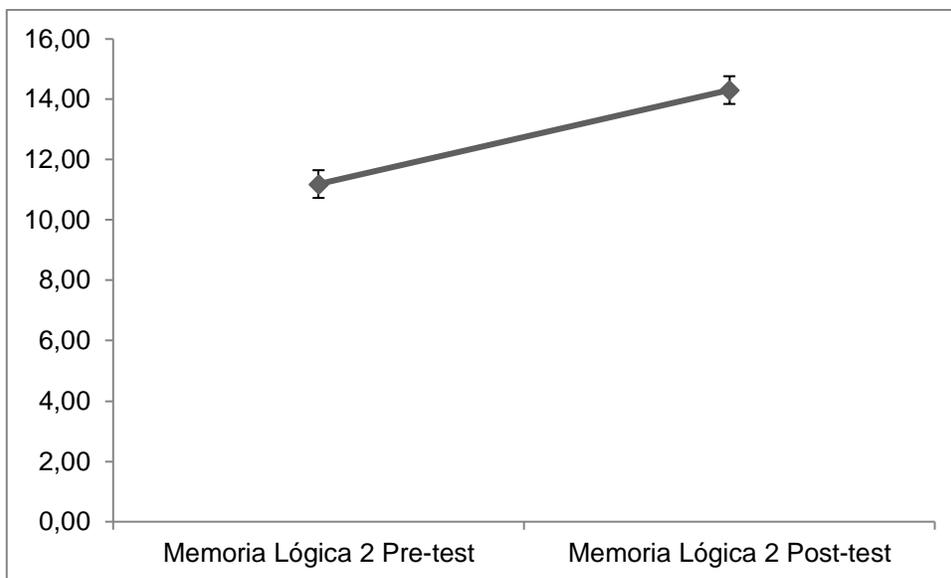


Gráfico15- Os resultados do teste de memória lógica na fase pré e pós-intervenção.

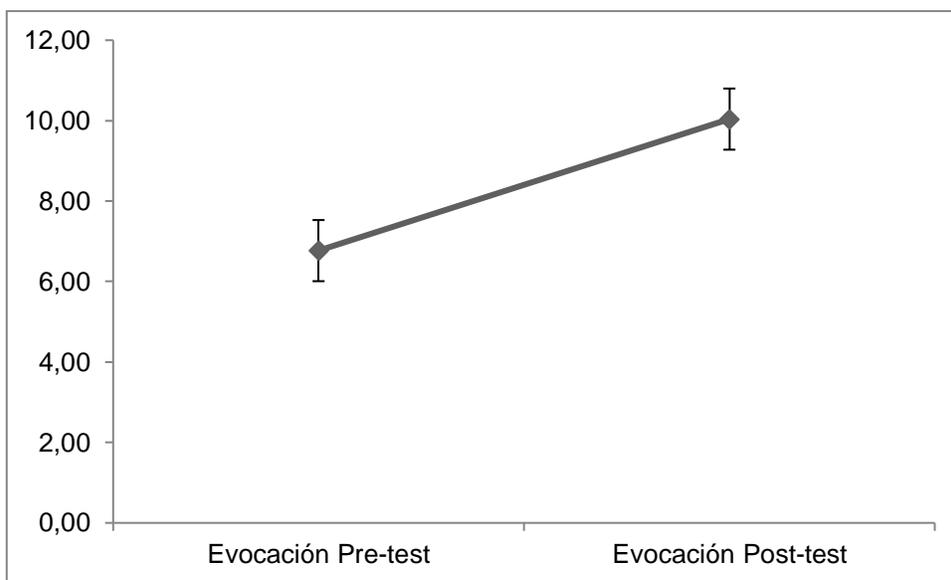


Gráfico16- Os resultados da Memória da evocação nas fases de pré e pós-intervenção,

Nos gráficos 15 e 16 nota-se melhora significativa em memória de longo prazo e memória de evocação nos resultados de pós-tratamento, quando comparados aos resultados antes do tratamento.

Capítulo 5

Discussão dos resultados

Capítulo 5- Discussão dos resultados

5.1 Como interpretar os resultados

Para facilitar a discussão dos resultados vamos adotar A para representar os pacientes que foram submetidos às avaliações antes do tratamento e B para representar os pacientes que foram submetidos aos testes após o tratamento.

A-Pré-tratamento B-Pós-tratamento

Na escala que avalia o nível de ansiedade dos pacientes, A apresenta tendência de comprometimento nesta variável, (M=10.15) e esta mesma variável diminui consideravelmente em B (M=4.88), o que sugere que pacientes diminuem o nível de ansiedade após o período crítico de abstinência (primeiros 15 dias sem o uso de crack) e quando submetidos a tratamento especializado.

O estudo demonstra que os usuários de crack, ao iniciarem o tratamento apresentam sintomas depressivos em grau moderado para grave (A M =10.15) e que estes sintomas se amenizam no decorrer do tratamento (B M= 5.85).

Com relação às avaliações da atenção (concentrada e dividida), os dados demonstram que não há diferença significativa de resultados no desempenho das provas iniciais, comparados às provas após o tratamento – Foco atencional (A M=56.15 - B M=42.73) tempo de execução da tarefa.

Atenção dividida (A M= 88.23 e B M= 70.19) (tempo de execução da tarefa). Embora a diferença dos resultados de provas de atenção concentrada e dividida de A e B não sejam tão discrepantes, nota-se melhora no foco atencional após o tratamento.

Na apresentação de resultados referentes à fluência verbal (semântica e fonética), observa-se que B apresenta melhor resultado em FAS, quando comparado a A (4,A M=42.12 e BM=37.38), o que sugere que pacientes usuários de crack após o tratamento recuperam a memória e melhoram a fluência verbal ao se recordarem

de palavras que se iniciam com a letra F e também recorda,-se de nomes de animais e verbalizam com maior fluidez estas informações.

A prova que avalia habilidades abarcadas nas funções executivas (planejamento, execução e resolução de problemas), através de Cubos (sub-teste de wais III) demonstra que ocorre melhora significativa em B, quando comparados a A, (A M=35.88 e B M=41.85), e estes resultados apontam que o uso de crack pode comprometer o funcionamento executivo, com a possibilidade de melhora de desempenho após desintoxicação orgânica e quando submetidos à tratamento especializado.

A prova de Stroop foi aplicada para mensurar o nível de controle inibitório dos pacientes e B apresentou melhor desempenho em relação a A (A M= 22,62 e B M= 23.58), embora a diferença não seja tão discrepante, estes dados reforçam a premissa que o a paciente desintoxicado e após ser submetido a tratamento apresenta um melhor controle de seus impulsos e seus comportamentos, o que aponta para uma melhor adaptação sócia familiar.

As funções mnésticas foram avaliadas abrangendo:

-memória visual, através de Benton C e as habilidades visomotoras através de Benton D. Observa-se que não há diferença significativa entre A e B no desempenho de Benton C (A M=9.62 BM=9,81) e em memória visual (AM=8.85 e B M=9.54).Os resultados demonstram que o consumo abusivo de crack não altera de maneira significativa a memória visual e a capacidade de construção visomotora.

-memória de curto prazo imediata e de evocação foram avaliadas através da Lista de Palavras de Rey e constata-se melhora significativa de memória imediata (A M=24 e B M=28.88) e memória de evocação após 20 minutos (A M=8 e BM=10.58).

Os dados apontam que o uso abusivo de crack pode afetar a memória auditiva de curto prazo e prejudicar a memória de evocação, ou seja, o sujeito pode ter

dificuldade para se recordar de uma lista de palavras que ouviu há 20 minutos, o que aponta prejuízo nesta função cognitiva. Porém também pode se beneficiar de tratamento para melhorar o desempenho mnésico.

Na prova de dígitos em sua ordem direta e inversa (que avalia também a memória de trabalho ou operacional), observa-se que a presença do crack no funcionamento cerebral pode causar prejuízos nestas habilidades cognitivas, uma vez que os resultados de A, foram inferiores aos de B em ambas as Provas (tabela 6 – Dígitos OD-A M= 10.19 e B M= 11.12 e Dígitos OI A M= 6.65 e B M=7.58). Estes resultados apontam um prejuízo na memória imediata e operacional e também sugerem que o paciente pode melhorar seu desempenho quando participa de um programa de reabilitação com foco em terapia cognitivo comportamental, uma vez que exercita o pensamento e se beneficia da plasticidade cerebral para regenerar as perdas cognitivas.

A memória de longo prazo imediata e tardia, foi avaliada através do Teste de Memória Lógica 1. Os resultados apontam para prejuízos significativos destas habilidades cognitivas em usuários de crack, com recuperação após o tratamento, tanto na memória imediata quanto na etapa de evocação após 20 minutos (tabela 6 - Memória imediata A M= 11,19 e B M=14.31 e Memória de evocação A M= 6.77 e B M= 10.04).

Através dos gráficos que apresentam os dados quantitativos (t de student), pode-se concluir que o objetivo geral foi atingido, uma vez avaliado a recuperação de danos cognitivos em pacientes dependentes compulsivos pelo uso de crack submetidos às técnicas das terapias cognitivas comportamentais individuais.

Quanto aos objetivos específicos- (relacionados às variáveis internas do sujeito: funcionamento cognitivo, quociente de inteligência, presença de sintomas, grau de ansiedade e de depressão), salienta-se que foram mensuradas as perdas cognitivas em dependentes compulsivos pelo uso de crack que se encontram internados, identificadas, quais as funções cognitivas alteradas e quais as

preservadas nos usuários de crack, também ocorreu a avaliação das funções cognitivas no início, e no término do tratamento.

Os estudos da correlação entre o tratamento aplicado através das técnicas cognitivas comportamentais e a melhora dos processos atencionais pode ser constatado. Observou-se a correlação entre o tratamento aplicado através das técnicas cognitivas comportamentais e a melhora nos processos mnésticos, melhora das funções executivas: planejamento, flexibilidade, memória operacional e controle inibitório. Foi realizada a análise das relações entre o grau de ansiedade e o desempenho nas avaliações das funções cognitivas e entre as relações entre o grau de depressão e o desempenho nas avaliações das funções cognitivas e conclui-se que a diminuição dos sintomas ansiosos e depressivos ocorrem no decorrer o tratamento.

5.2 Hipóteses testadas e confirmadas

1-Pacientes dependentes de crack que se tratam em regime de internação e são submetidos à técnicas de terapia cognitiva comportamental, apresentam melhor desempenho dos processos atencionais quando comparados à avaliação dos processos atencionais de pré-teste realizada antes do tratamento oferecido.

2--Pacientes dependentes de crack que se tratam em regime de internação e são submetidos à técnicas de terapia cognitiva comportamental, apresentam melhor desempenho dos processos mnésticos quando comparados à avaliação dos processos mnésticos de pré-teste realizada antes do tratamento oferecido.

3---Pacientes dependentes de crack que se tratam em regime de internação e são submetidos à técnicas de terapia cognitiva comportamental, apresentam melhor desempenho das funções executivas (planejamento, flexibilidade mental, memória operacional e controle inibitório) quando comparados à avaliação das funções executivas de pré-teste realizada antes do tratamento oferecido.

4--Pacientes com menor grau de depressão apresentam um melhor desempenho nas avaliações das funções cognitivas, quando comparamos resultados de pré-teste, antes da aplicação do tratamento e de pós-teste, depois de ter passado pelo tratamento oferecido.

5-Pacientes com menor grau de ansiedade apresentam um melhor desempenho nas avaliações das funções cognitivas, quando comparados resultados de pré-teste, antes da aplicação do tratamento e de pós teste, depois de ter passado pelo tratamento oferecido.

6-Pacientes dependentes de crack apresentam melhores desempenhos em atividades relacionadas às tarefas que avaliam memória visual, quando comparado resultados de pré-teste, antes da aplicação do tratamento e após serem submetido a tratamento com técnicas da terapia cognitiva comportamental individual.

5.3 Hipótese Refutada

7- Pacientes dependentes de crack apresentam melhores desempenhos em atividades relacionadas às tarefas que avaliam coordenação motora fina, em cópia de figuras geométricas, quando comparamos resultados de pré-teste, antes da aplicação do tratamento e os resultados após serem submetido a tratamento com técnicas da terapia cognitiva comportamental individual.

5.4 Discussão

Os resultados da pesquisa apontam que os usuários de crack quando submetidos à tratamento especializados , atendidos individualmente e submetidos às técnicas cognitivas comportamentais melhoram seus desempenho em atividades que avaliam a atenção, a fluência verbal, a memória auditiva, visual imediata e de evocação e a função executiva. Apresentam também a tendência de um melhor

desempenho na fluência verbal e executam em menor tempo provas de memória e este comportamento sugere uma melhor resposta terapêutica ao tratamento. É importante ressaltar que a dependência química é uma doença que afeta a neuroadaptação cerebral e provoca uma intoxicação orgânica induzida pelo uso de drogas e que o paciente poderá apresentar uma melhora das funções cognitivas após a desintoxicação orgânica.

Observa-se também maior dificuldade em executar tarefas que envolvam a memória de evocação tardia, com dificuldade atencional e nos estudos realizados por Bertolucci e Nassif (2003), estes comprometimentos neurológicos e as consequências cognitivo-afetivas também foram observados e os autores que concluem que estes aspectos podem dificultar os processos de aprendizagem e também interferir nos procedimentos de tratamento e reabilitação. (Bertolucci e Nassif, 2003).

Assim como Ferreri e Silva (2012) afirmam que o crack possui um mágico poder sobre o usuário, aqui também nota-se que é necessário trabalho contínuo e sistemático para conscientizar o paciente de suas perdas e apesar da dependência a maioria da população apresenta o desejo de se libertar da droga e constituir uma família, dados estes confirmados nos estudos de Wandekoken e Siqueira (2013) e durante as sessões individuais de terapia, a maioria dos pacientes ao construírem seus projetos de vida, também apresentam o desejo de se adequar ao meio sócio familiar.

A sequência das sessões estruturadas e o tempo mínimo de 90 dias de tratamento também corroboram para as metas terapêuticas, onde outros autores salientam a necessidade de recompisição da autoestima e afastamento dos ambientes desfavoráveis (Riggoto e Gomes, 2002).

A análise da retaguarda familiar realizada na caracterização da amostra foi de valia e relaciona-se diretamente com a recuperação do usuário, pois Beavers (1998) demonstra a importância da qualidade nas relações familiares para a recuperação de adictos e Paz e Colossi (2014) descrevem que é necessário tratar

a disfuncionalidade da família, por ser esta um fator de proteção e de prevenção de recaída em usuários de drogas. Neste estudo, o contato com os dependentes de crack durante a realização da coleta de dados foi de extrema importância para o campo da pesquisa e também para a prática clínica, pois através da observação direta e dos instrumentos de testagem aplicados, houve uma constatação das perdas cognitivas causadas pelo uso do crack.

Os resultados também sugerem que pacientes após o período de desintoxicação e submetidos a tratamento especializados apresentam melhora de funções cognitivas prejudicadas causadas pelo uso de drogas, apresentam também melhores condições para dar continuidade ao tratamento. Embora estes estudos possam representar uma boa bagagem na produção do conhecimento, ainda é necessária a realização de mais pesquisas para a compreensão da complicada relação entre o homem e as drogas. Já possuímos uma significativa produção intelectual sobre o consumo de drogas e é relevante identificar quais as maneiras mais eficazes de prestar auxílio o adicto a se manter afastado do consumo de drogas e atingir um melhor equilíbrio emocional e uma melhor adequação sócio-familiar.

O presente estudo demonstra, também com Seadi e Oliviera (2009) a importância de incluir um maior número de famílias em programa de prevenções e tratamento de adictos e a abordagem adotada, em contrário a Sodelli (2007) que propõe redução de danos, aqui a meta é abstinência total e afastamento de substâncias psicoativas, valorizando a prevenção de recaída.

Silva e Serra (2004) apresetam as principais técnicas propostas pela terapia cognitivas comportamentais utilizadas no tratamento da dependência química, material, este em grande parte, que também faz parte do protocolo de tratamento deste estudo, destacando-se a entrevista motivacional (Prochaska e Di Clemente, 2001) e a prevenção de recaída (Mallat, 2009).

Muitos dos estudos relacionados ao crack preocupam-se em ensinar o dependente a superar a compulsão, a lidar com a fissura para evitar a recaída e

Zeni e Araújo (2009), propõe o relaxamento respiratório para este fim, o que ameniza a ansiedade e observou-se que a diminuição dos sintomas ansiosos favorece a recuperação dos processos cognitivos. O relevante estudo de Oliveira (2007) propõe estratégias de ações preventivas e terapêuticas e neste estudo também se observa a mesma necessidade, pois não se encontra na literatura uma maneira eficaz e resolutiva quando se trata de dependência de drogas.

Chaves, Sanches e Ribeiro (2011) observam que os usuários de crack aprendem a lidar com a fissura e melhoram o padrão de uso quando submetidos a tratamentos e fica ai demonstrado que tratamentos especializados favorecem dependentes de crack.

As pesquisas relacionadas às neurociências ressaltam que conhecer os danos cognitivos dos pacientes auxilia no planejamento e prevenção de uso de drogas (Cunha, Nicastro, Moino e Peluso, 2004) e que usuários de crack apresentam resultados inferiores em provas de memória e função visoconstrutivas, quando comparados a população não usuária (Rodrigues, Caminha e Horta, 2006).

As pesquisas de Nappo et al (1996) demonstram o quanto é facilitado o acesso ao crack e muitas vezes a substância é misturada aos cigarros de tabaco ou maconha, pois os usuários imaginam que estão minimizando os efeitos negativos, porém a droga esta da mesma forma corrompendo o funcionamento cerebral e desenvolvendo a compulsão, que os levará a fumar o crack também em cachimbos.

Já os estudos de Gonçalves, Cardoso e Araújo (2011), cujo foco foi testar o funcionamento das funções executivas em usuários de crack, não encontraram prejuízos significativos nos sujeitos, mas mesmo assim não descartam a possibilidade que com a abstinência seja possível um melhor desempenho de algumas habilidades cognitivas.

Na revisão bibliográfica sobre os recentes estudos realizados em relação ao uso de crack, Kolling e Melo (2011) salientam que as alternativas mais eficazes para o

tratamento do crack são: manejo de contingências, terapia de aceitação e compromisso.

O relevante estudo de Oliveira (2007) propõe estratégias de ações preventivas e terapêuticas e neste estudo também se observa a mesma necessidade, pois não se encontra na literatura uma maneira eficaz e resolutiva quando se trata de dependência de drogas, embora todas as abordagens preocupam-se com a melhora do pacientes e a adesão dos familiares no processo de recuperação e reconhecem que a problemática das drogas traz malefícios tanto para o usuário como para os familiares e a sociedade como um todo.

Capítulo 6

Conclusões

Capítulo 6 - Conclusões

O consumo de drogas é uma característica comum às populações da maioria dos países e muitas variáveis (ambientais, biológicas e sociais) atuam simultaneamente para influenciar a tendência de qualquer pessoa vir a usar drogas. Isto ocorre devido à interação entre o agente (droga), o sujeito (o indivíduo) e o meio (contexto sociocultural).

A partir do século XX as produções científicas relacionadas ao tema se intensificaram e hoje existe uma gama de propostas de tratamentos envolvendo muitas áreas do conhecimento, pois é alta a prevalência de pessoas portadoras de dependência de drogas. A doença da dependência química corrompe o indivíduo, principalmente os jovens, prejudica o adicto nas principais áreas da vida, seus familiares e tem um reflexo negativo em vários seguimentos sociais. O campo da psicologia, em suas diferentes abordagens apresenta contribuições para entender e tratar do adicto, uma vez que a dependência química não prejudica apenas uma pessoa, mas toda a sua relação com o mundo: seu estudo, trabalho, amizades, casamento, família, interferindo também em sua autoestima, autoconfiança e relacionamentos interpessoais.

A psicologia oferece ferramentas muito úteis para o tratamento de dependentes químicos, e cada abordagem poderá possibilitar ao paciente a escolher que tipo de tratamento que julgue mais adequado para si e em qual ele se adapta melhor. Mas acredito que a vontade e a determinação do adicto param se recuperar, seja um importante componente em todas as abordagens terapêuticas.

A drogadição se dá entre a interação do agente droga, do sujeito usuário e do meio sócio-cultural, incluindo a família como um importante agente influenciador desta adicção. A abordagem sistêmica e a compreensão das relações familiares onde está inserido o adicto são de relevante importância para obtenção de resultados positivos no tratamento.

A terapia cognitiva comportamental vem se destacando como uma abordagem relevante para o tratamento da dependência química, uma vez que delimita de

maneira clara e objetivo o seu objeto de estudo, cujo principal foco é a cognição e o comportamento: pensamentos, imagens, conceitos e crenças. Através da identificação dos pensamentos disfuncionais, das crenças de desamor, desamparo e desvalor e dos pensamentos automáticos que podem eliciar no adicto o desejo de usar drogas, o paciente poderá corrigir as suas distorções cognitivas, atingindo um funcionamento psíquico equilibrado e assim manter se afastado dos fatores de riscos que poderão levá-lo a uma recaída, consumindo novamente drogas. A terapia cognitiva comportamental abarca uma gama de técnicas que auxilia o tratamento e oferece ao paciente a possibilidade de um automonitoramento de seus pensamentos e comportamentos disfuncionais, podem evitar estes pensamentos e sentimentos indesejáveis e conseqüentemente evitará também o uso de drogas. O consumo de drogas causa sérias perturbações emocionais, graves doenças físico, altera o humor, o comportamento e pode deixar sequelas, mas devido a plasticidade neuronal, a prática terapêutica pode beneficiar o usuário e, seja qual for o marco teórico adotado para o tratamento, o vínculo terapêutico precisa ser solidamente construído, para melhorar o índice de adesão ao tratamento e de recuperação do adicto.

Embora este estudo possa representar um avanço na produção do conhecimento, ainda é necessária a realização de mais pesquisas para uma melhor compreensão da complicada relação entre o homem e as drogas. Já possuímos uma significativa produção intelectual sobre o consumo de drogas e precisamos identificar quais as maneiras mais eficazes de auxiliarmos o adicto a se manter afastado do consumo de drogas e atingir um melhor equilíbrio emocional e uma melhor adequação sócia familiar.

Dada à modernidade da gravidade do problema a presente pesquisa, de maneira genuína, propõe a aplicação dos estudos da neurociência e neuropsicologia, associados aos princípios e instrumentos da terapia cognitiva comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de crack, para a melhora do funcionamento cognitivo, e conseqüentemente uma melhor adesão ao tratamento e uma adaptação ao ambiente sócio familiar.

Faz-se necessário pontuar as limitações do estudo, pois apesar dos cuidados tomados pelos pesquisadores algumas variáveis como dextoxicação orgânica, motivação interna, influências ambientais, climáticas entre outras, foram variáveis que não se pode mensurar a cada sessão e ou controlar.

Quanto aos resultados encontrados se pode dizer que:

1-O uso de crack causa perdas nas funções cognitivas, nas e aumenta os sintomas ansiosos e depressivos.

2- Muitas pesquisas apontam para prejuízo nas tarefas de nomeação, memória, funções executivas, fluência verbal, capacidade de abstração e novas aprendizagens.

3-Todas as modalidades de terapias pesquisadas têm uma recomendação unânime para que sejam aplicadas tratamento psicoterápico para dependência química. É importante ressaltar que mesmo após um período de abstinência o paciente pode apresentar recaída, sendo fundamental a manutenção do tratamento para evitar recaídas.

4-As temáticas mais investigadas referentes ao tema pelos pesquisadores foram: alterações orgânicas, tráfico de drogas e consumo de crack, HIV/AIDS, modelos e estratégias de tratamento.

5-As propostas para o tratamento do crack que apontam correlação mais positiva com o processo de recuperação são: manejo de contingências, terapia de aceitação e compromisso, farmacoterapia, comorbidades terapêuticas e políticas de prevenção ao uso do crack.

6-Há uma crescente incidência de usuários sem que haja aumento mas pesquisas científicas.

Sendo assim, o conhecimento acadêmico sobre o crack é ainda incipiente, pontual e pouco resolutivo, embora promissor frente às demandas e implicações desta problemática. Os aspectos farmacocinéticos peculiares do crack e a

farmacoterapia não foram controlados nesta pesquisa e existe uma limitação dos resultados do estudo quanto a este aspecto, bem como a amostra intencional que limita a generalização à população geral. Verifica-se também a necessidade de elaboração de políticas públicas para a prevenção de uso de drogas tanto no ambiente acadêmico, como familiar.

A presente pesquisa apresenta uma proposta de tratamento de maneira original, uma vez que não encontramos na revisão bibliográfica artigos com a proposta de associar conhecimentos da neuropsicologia aos princípios da terapia cognitiva comportamental para tratar de usuários de crack, e assim, poderá auxiliar os profissionais que atendem esta demanda, e acima de tudo, colaborar para o regate pessoal e social daquele que se tornou um usuário compulsivo de uma substância tão nociva e avassaladora.

Sugere-se que aumentem as investigações e pesquisas com esta população, principalmente com enfoque em prevenção e tratamento. Sugere-se estudos também relacionados ao consumo de outras substâncias psicoativas como o álcool, a maconha, a cocaína inalada e o uso indevido de barbitúricos e benzodiazepínicos. Novas pesquisas também podem ser realizadas com a população feminina e que apresentem maior abrangência na correlação entre dependentes químicos, comorbidades e níveis de recuperação e recaídas. Sugere-se que estudos futuros sejam realizados com grupo de controle composto por pacientes que não recebem tratamento e que sejam comparados aos pacientes que recebam tratamentos em outras abordagens. Fica sugerido também estudo longitudinal de follow up com a referida amostra para comparar resultados após o período de internação.

Bibliografia

Bibliografia

Aberastury, A. & Knobel, M. (1971). La adolescência normal: um enfoque psicanalítico; Buenos Aires, Paidós Cebrid,

Aharonovich, E., Nunes, E., & Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and alcohol dependence*, 71(2), 207-211.

Almeida, P., Novaes, M., Bresaan, R. & Lacerda, A. (2008). Review executive functioning and cannabis use. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (20), 69-79.

Alquira, M. (2013). El adicto tiene la palabra: el fundamento metapsicológico de las adicciones. Buenos Aires: Noveduc.

American Psychiatric Association (2000). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV-TR)(4a ed). Porto Alegre/RS: Artes Médicas.

Angelotti, G. (2007). Análise dos componentes emocionais cognitivos e comportamentais. Dissertação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil.

Araujo, Barros (2015). Os efeitos neurológicos do uso do crack ,Sete Lagoas, MG: Revista Brasileira de Ciências da Vida. Vol II.

Araújo, R.B.; Pansard, M.; Boeira, B.U.; Rocha, N.S. (2010).As estratégias do coping para o manejo da fissura em dependentes de crack.Revista HCPA; 30(1).Porto Alegre.

Ardila, A., Rosselli, M., & Strumwasser, S. (1991). Neuropsychological deficits in chronic cocaine abusers. *International Journal of Neuroscience*, 57(1-2), 73-79

Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas. (2010). Diretrizes Gerias para o Tratamento da Dependência Química. Rio de Janeiro: Editora Rubio.

Baddeley, A. (1995). Working Memory, *Journal of the cognitive neuroscience*. Volume 23.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.

Barbosa, K., Rocha, W., Vieira, K., Alves, E., & Leite, G. (2010). Concepções de usuarios de crack acerca de drogas. Rio Grande do Sul: *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*.

Barrigete, A. (1973). *La adolescencia: su importancia en el conflicto de generalizaciones*. México: Editora Samo.

Beavers, W. R. & Hampson, R. B. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 22,128-143.

Beck, A.T. (1964). *Cognitive therapy and emocional disorders*. New York: International Universities Press

Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva, teoria e prática*. São Paulo: Artmed.

Benton, A. L. (2002). *Test de Retención Visual de Benton*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Berchtold, R., Chinn, G; et al. (2010).Exercise Primes a Molecular Memory For Brain-Derived Neurotrophic Factor Protein Induction in The Hippocampus.*Neuroscience* 133, 853 – 861.

Binet, A., & Simon, T. (1916). *The development of intelligence in children: The Binet-Simon Scale* (No. 11). Williams & Wilkins Company.

Bolla, K. & Cadet, J.L. (1999). Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 11(30). 361.

Bolwin, G.J., & Wills, T.A. (1985). Personal and social skills training. Nida: Res Monogr.

Caballo, V. (2003). Manual de Psicoterapia cognitiva: conductual para trastornos psicológicos, Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Chave, T.V.; Sanches, Z.M., Ribeiro, L.A. & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de usuários e ex-usuários. Revista Saúde Pública.

Camargo, C H. (1997). Objetivos e indicações da avaliação neuropsicológica, Anais do Simpósio de Psiquiatria, São Paulo.

Cataño, G. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica, Adicciones, volume 12-541-550.

Carlini, E., Galdeiroz, F., & Nappo, S. (2002). I levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas no Brasil. São Paulo: Cebrid.

Carnes, P. (2006). Um Suave Caminho ao Longo dos Dozes Passos, São Paulo: Editora Madnas, 3ª Edição.

Centro Brasileiro de Informações sobre drogas. (1987). São Paulo: Cebrid.

Chabornneau, P.E. (1988). Drogas, Prevenção e Escola. Editoras Paulinas. São Paulo.

Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamento e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. Revista de Saúde Pública, 02, 68-75.

Conselho Regional de Medicina. (2012). Diretrizes Gerias Médicas para a assistência integral ao crack. Distrito Federal: Ministério da Saúde. Brasil.

Cremonini, J. L. P., Cesar, K., Zappaz, L. D. C. C., & Machado, S. P. (2014). A Química das drogas e os prejuízos à saúde humana/enfoque na droga Crack. Anais do Salão de Iniciação Científica e Tecnológica e Salão de Extensão do IFRS-Câmpus Canoas, 3(1).

Cruz, M., & Santos, M.(2011). Comparação entre usuários de crack e outras drogas em serviço ambulatorial. *Revista latino Americana de Enfermagem*. Rio de Janeiro (Maio- Junho:19).

Cunha, J, Nicastrri, S., Gomes, L., Moino, R. & Peluso, M. (2004). Alterações neuropsicológicas em dependentes e cocaína/crack internados: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, volume 26 (2).

Cunha, P. J., Bechara, A., de Andrade, A. G., & Nicastrri, S. (2011). Decision-Making Deficits Linked to Real-life Social Dysfunction in Crack Cocaine-Dependent Individuals. *The American Journal on Addictions*, 20(1), 78-86.

Dalgalarrodo, P. (2008). *Religião, Psicologia e Saúde Mental*. Porto Alegre: Art Médica.

De Oliveira, L. G., Barroso, L. P., Silveira, C. M., Sanchez, Z. V. D. M., De Carvalho Ponce, J., Vaz, L. J., & Nappo, S. A. (2009). Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Substance use & misuse*, 44(13), 1941-1957.

D’Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1990). *Problem-solvingtherapy:a social competence approach to clinical intervention*, New York: Springer.

Dias,A.C., &Araújo,M.R., & Laranjeira.(2011). Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Revista Saúde Pública*. Volume 45(5). São Paulo.

Di Clemente, C. C. (1999). Prevention and harm reduction for chemical dependency: A process perspective. *Clinical Psychology Review*, 19, 473-486.

Del Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L., Cejkinski, A., & Mello, S. L. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. *Rev. psiquiatr. clín.* 35(2), 79-83.

Di Leo, P. (2009). *Subjetivacion, violencias y climas sociales escolçares*. Buenos Aires: UBA.

Dihel,A. (2004). *Pesquisas em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall

Diltthey, W. (1963). *Literatura y Fantasia*. México: Fondo de Cultura Economia
 Diltehy,W., (1945). *Psicologia y teoria Del conocimiento*, México, Fundo de Cultura Economia

Dunn, J., Laranjeira, R. (1999). Transitions in the route of cocaine administration, direction and associates variables. *Journal Addictin*, 94 (6) ,13-24.

Duc, T. (2009). Differential effects of anestheics on cocaine's pharmacodynamics effects in brain. *J Neurisci*, Cambridge.

Du Pont, R. (1991). *Getting touch on gateway drugs: a guide for the Family*. Washington D.C.: Psychiatric Press.

Edwards, G., Marshall, E. Cook, C.(1999). *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de Saúde*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Erikson, E.H. (1980). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

Escobar, J. (2000). *Do corpo a subjetividade: o início do tratamento com toxicómanos (Tese de Doutorado)*, PUC, São Paulo.

Esch, T., Estefano, G. B. (2004). The neurobiology of pleasure, rewards processes addiction and their health implications. *Neuro Endocrinol. Lett.* Vol 25, nº4, p 235-251.

Fachin, O. (2008). *Fundamentos de Metodologia*. São Paulo: Editora Atlas

Fein, G., Di Sclafani, V., & Meyerhoff, D. J. (2002). Prefrontal cortical volume reduction associated with frontal cortex function deficit in 6-week abstinent crack-cocaine dependent men. *Drug and alcohol dependence*, 68(1), 87-93.

Fernández-Serrano, M. J, Pérez-García, M., Perales, J.C., & Verdejo-Garcia, A. (2010). Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *European Journal of Pharmacology*, 626, 04-112.

Ferreira, V., & Silva, J. (2012). Crack e toxicomania: dimensões subjetivas. Recuperado de <http://www.psicologia.pt>.

Ferri CP. (1999). *Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento [Doctoral Dissertation]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

Figlie, N., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2007). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.

Focchie, G., & Andrade, A.G. (2001). *Dependência Química: novos modelos de tratamento*. São Paulo: Editora Roca.

Fracasso, L. & Landre, M. (2010). *O tratamento do usuário de crack*. Capítulo 34: *Comunidade Terapêutica*. Porto Alegre: Artmed.

Fowler, F.S. (1995). *Improving Survey Questions, applied social research methods series*, volume 38-Sage Publications, London.

Fuentes, D. (2008). *Neuropsicologia*. Porto Alegre: Artmed.

Garavan, H., & Hester, R. (2007). The role of cognitive control in cocaine dependence. *Neuropsychol Rev.*

Gazzaniga M.S. & Heatherton, T.F. (2002). *Ciência, Psicologia: mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Guide to drug abuse epidemiology. (2004). World Health Organization (OMS).
Godoy, A.S., (1995). *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. Rio de Janeiro: *Revista de administração*, Vol 35, nº2.

Goldberg, E. (2002). *O cérebro executivo: lobos frontais e mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago.

Gonçalves, H. A., Cardoso, C.D., & Araujo. R.B. (2011). *Funções Executivas na dependência de Crack*.

Grant, B. F. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 464-473.

Gunter, B., (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: Mac Graw Hill.

Herrera, C., Hannya, E. (2014). *Gerenciamento de caso em usuários de crack: contribuições para o tratamento e em qualificação profissional em CAPS_AD no Distrito Federal*. Santa Maria. Universidade Luterana do Brasil. Rio Grande do Sul.

Hoff, A. L., Riordan, H., Morris, L., Cestaro, V., Wieneke, M., Alpert, R., Gene-Jack- W., & Volkow, N. (1996). Effects of crack cocaine on neurocognitive function. *Psychiatry research*, 60(2), 167-176.

Hofmann, R., Lippe, B., Bufka, J. (1999). Why do personality disorders change? Possible explanations from cognitive and psychodynamic models. *Psychiatric Annals*, 29 (12), 725-729.

Jáuregui, M. (1995). *El Metodo Fenomenologico, su aplicación em Psicología y Psicopatología*. Buenos Aires: Psicoteca editorial.

Jáuregui, M. (1998). *Projecto de Vida*. Buenos Aires: Psicotec Edit.

Kahan, J.S., & Clark, E., (1989), Comparison of cognitive-behavioral, relaxation and self modeling interventions .NY: School Psychology Review.

Kalina, E. (1997). *Adolescencia y drogadicción: de la práctica a la teoría*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kaliva, P, & Volkow.(2005).The neural basis of addiction: Pathology of motivation and choice.Department of Neurosciences, Medical University of South Carolina, indexed for MEDLINE

Kingdon, D.G., & Turkington, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 179: 207-211.

Kolling, N.M., Petry, M., & Melo W.V. (2011). Outras abordagens no tratamento da dependência de crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. Vol.7(1). Porto Alegre.

Kuhn, T. S. (1962). Historical structure of scientific discovery. *Science*, 136(3518), 760-764.

Laranjeira, R. & Pinsky, I. (1997). *O alcoolismo*. São Paulo: Editora Contexto.

Laranjeira R. Dias A.C., & Araújo M.R.(2012). *Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

Lemos, R & Oliveira (2012). O sentido da vida para jovens dependentes químicos. *Paraná: Psicologia Argumento*, volume 30, 71.

Lezack, M. (2012). *Neuropsychology Assessment*. USA: Oxford University Press.

Malloy-Diniz, L. F., Sedo, M., Fuentes, D, e Leite, W. B. (2008). Neuropsicologia das funções executivas. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo & R. M. São Paulo: Cosenza Editores.

Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM IV). (1995). Porto Alegre: Artes Médicas.

Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). Prevenção da recaída: Estratégias e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marques, A. C. P. R. & Furtado, E. F. (2004). Brief interventions for alcohol related problems. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. 1), 28-32.

Matos, F., & Camargo, F.(2011). Uma análise de dependência de drogas uma perspectiva fenomenológica existencial. Lisboa: Scielo Portugal, *Anais de Psicologia*.

Maude-Griffin, P.M., Hohenstein, J.M., Humfleet, G.L., Reilly, P.M., Tusel, D.J. & Hall, S.M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 832-837.

Martins, R., & Correa, K. (2009). O processo saúde e doença na dependência química. *Revista Psicologia e Pesquisa*, Volume 25.

Maldavsky, D. (1992) *Teoria y clinica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores. Moreira, D. (1997) *La apubertad y SUS transmutaciones*. Buenos Aires: Fau Editores.

Mendonça, C. (2006). *Razões para Viver*. São Paulo: ST5.

Miguez, H. (2000). Consumo de substancias psicoactivas en Argentina, *Rew Psicoactiva*, 19, 1-17.

Minayo, M.C., (1994): *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivo. Porto Alegre: Artmed. Z\$.!) B"-! d\$%512)R! h@-!

Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. USA : Havard: University Press.

Nassif, S. L. S; Bertolucci, P. H. F. (2003). Aspectos neuropsicológicos na dependência química: cocaína: um estudo comparativo entre usuários e controles.

Nappo, A.S., Sanchez, Z.M.,& Ribeiro, L.A. (2012) Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues. Cad Saude Publica 28(9):1643-1649.

Oliveira, C., Azambuja, L. (2010). Os danos cognitivos causados pelo uso do crack. [on line]. Brasil. recuperado em: <http://www.guaiba.ulbra.br/seminario>.

Oliveira, I. (2007). Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Social.

Oliveira, M. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. Revista de Psicologia Clínica, vol 21: 2. Rio de Janeiro.

Organização das nações Unidas (2001). Relatório Anual sobre a Evolução do Fenômeno da Droga na União Européia e na Noruega. Luxemburgo: Serviços das Publicações Oficiais das Comunidades Européias.

Palmimi, A.(2007). A tomada de decisões e as patologias da vontade: o cérebro em constante conflito. Rio de Janeiro: Ed. Rubio.

Paz, F.M. & Collossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. In: Revista Estudos de Psicologia, 18(4), outubro-dezembro/2013, 551-558.

Payá, R., Figlie, B. (2004). Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca.

Persons, J. (1992). The patient with multiple problemas. Case book of cognitive behavior therapy. New York: Plenum Press.

Polit, D., & Hungler, B. (2000). Investigación Científica en ciencias de la salud. Buenos Aires: Mc Graw Hill.

Popper, K. (2005). The logic of scientific discovery. Routledge.

Pokladek, D. (2000). A fenomenologia do cuidar. São Paulo: Sobraphe.

Plut, S. (2008). Revisão epistemológica e crítica dos conceitos de patologias atuais. Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise, volume 10.

Pratta, E., & Santos, M. (2007). Família e Adolescência. Revista Psicologia e Estudo, volume 12, Maringá.

Prazeres, A.F., & Wanderson. (2007). Terapias de base cognitiva comportamental do transtorno obsessivo compulsivo: revisão sistemática da última década, Revista Brasileira de Psiquiatria, Vol – 29: São Paulo.

Prochask, J. O. & DiClemente, C. (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, v. 20, p. 161-173.

Pavlov, I. (1972). Reflexos condicionados e inibições. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

Quiroga, S., & Fernandez, M. (2005). La finalización del proceso adolescente a la luz de diferentes enfoques, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires (UBA).

Rangé, B.P., & Marlatt, G.A. (2008). Terapia Cognitiva comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria, volume 30 (2).

Reinarman, C., & Levine, H. (1997). Crack attack: Politics and Media in the Crack Scare (From Crack in America: Demon drugs and social Justice). Abstracts Database Online Tutorial. 18-51.

Ribeiro, C. (2011). Usuário ou toxicômano. Um estudo psicanalítico sobre duas formas possíveis de relação com as drogas contemporâneas. Estudo e Pesquisa em Psicologia, vol 11. Rio de Janeiro.

Ribeiro, M., & Laranjeira, R.(2010). O Tratamento do Usuário de Crack. São Paulo: Casa leitura Médica.

Ribeiro, C. (2012). O tratamento para usuários de drogas em uma instituição orientada para redução de danos: perspectiva a partir da psicanálise. Universidade Federal da Bahia-Programa de Pós Graduação em Psicologia.

Rigotto, S.D.& Gomes, W.B. (2002). Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química.Rio Grande do Sul: Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Abr Vol. 18 n. 1, pp. 095-106.

Robbins, T.W., Everitt, B.J. (1996). Neurobehavioural mechanisms of reward and motivation.Pubmed

Rodrigues,D.;Backes,D.S.;Freitas,H.M.B.;Zanberlan,C.;Gellen,M.H.& Colomé,J.S.(2012).Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. Revista Ciência e Saúde Pública. Volume 17.Rio de Janeiro.

Rodrigues, J., Dossoler, V., Cherer, E. (2012). A aplicabilidade do dispositivo clínico-institucional: urgência subjetiva no tratamento da toxicomania. Recuperado em <http://www.psic.bvsalud.org>

Rodrigues, V., Caminha, R., & Horta, R. (2006). Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 67-72.

Romani, O. (1999). *Las drogas.Sueños y razones*. Barcelona: Ariel. Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W. & Simpson, D.D. (2000) Treatment Retention of Crack and Cocaine Users in a National Sample of Long Term Residential Clients. *Addiction Research*, 8(1), 51-64.

Rush, B. (1936). *The Disears of the mind*. Philadelphia: Grigg and Elliot.

Smart, S. A. (1991). The Self and Social Conduct: Linking Self-Representations to Prosocial Behavior. *American Psychological Association: Inc.* 1991, Vol. 60, No. 3, 368-375

Sampaio, A M., Freiras, E. (2010). Uso de entrevista motivacional em dependnetes de crack. *Ceará: Caderno da Escola de Saúde Publica*.

Santos, M. (2007). Psicoterapia psicanalítica: aplicaciones en el tratamiento de pacientes com problemas relacionados con el uso del alcohol y otras drogas. *Revista Eletrônica de Saúde Mental*, volume 3.

Santos, M. O, Araujo, R. B., Rocha, M.R. (2014). O uso da técnica cognitiva substituição por imagem positiva no manejo do *craving* em dependentes de *crack*.. Rio de Janeiro *J. Bras. psiquiatr.* vol.63 no. 2.

Sampieri, R., Collado, F., Lucio, B. (2008). *Metodologia de la Investigación*. Buenos Aires: Mc Graw Hil

Sapori, L.F. & Medeiros, R., *Crack: um desafio social* (2012), *Revista de Saúde*.

Sayago, C.B. Santos, P.L., Ribeiro, F., Yates, M.B. & Oliveira, M.S. (2013). Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de Literatura. Universidade de Coimbra/Portugal II Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. D. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21(2), 363-378.
- Sedronar. (1999). Estudio Nacional sobre o consumo de substancias adictivas. Buenos Aires, Argentina.
- Segú, O. (2013). Adicciones y Psicanálisis. Buenos Aires: Letra Viva.
- Spitz, R. A. (1979). L'embryogénese du moi. Bruxelles: Editions Complexe. Celeste Duque, 2008-08-17.
- Spreen, O. (1998). A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary, Nova York: Oxford University Press.
- Silva, C.J., & Serra, AM. (2004). Terapias cognitivas e cognitivas comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Volume 26(1).
- Silva, F., & Monteiro, C. (2012). O significado da morte e do morrer: a perspectiva do usuário de crack. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*: 20(2).
- Silva, R., & Schreder, F.(2012). O sentido da vida para jovens dependentes químicos. *Lilacs. Psicologia e argumentos*, 30 (71).
- Skinner, B. (1938).The behavior organisms, New York :Mykova.
- Sodelli, M. (2007). A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. Faculdade de ciências Humanas e de Saúde. PUC, São Paulo.
- Transtornos Mentais e de comportamento (CID 10). (1993). Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. S., & Freeman, H. L. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *The British Journal of Psychiatry*, 151(1), 1-8

- .Terman, L. M. (1916). The measurement of intelligence. Boston: Houghton-Mifflin.
- Terkelsen, J.G. (1980). "Toward a theory of the family life cycle". In: Carter, E.A. y McGoldrick, M. (Eds.). The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press.
- Tuving, E. (1988). Elements of episodic memory. Oxford: Clarendon Press.
- Vargens, R. W., Cruz, M. S., & Santos, M. A. D. (2011). Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário.
- Veronezi J. C. (2005). Mídia de A a Z. 2ª edição. São Paulo: Flight.
- Victor, M., Adams, R. D., & Collins, G. H. (1989). The Wernicke-Korsakoff Syndrome: And Related Neurologic Disorders Due to Alcoholism and Malnutrition (No. 30). FA Davis Company.
- Volkow, N.D., (2010). Cognitive control of drug craving. Neuroimage Rev.
- Wandekoken, K. & Siqueira, M. (2013). Uso de crack: é possível o (re)encantamento. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental: nº 9, Porto Alegre.
- Wechsberg, W.M., Zule, W.A., Reihman, Z.K., Luseno, W.K. & Lam, W.K. (2007). African-American crack abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. Substance Abuse Treatment, Prevention, 2, 1-10.
- www.alcoolicosanonimos.org.br/A origem dos 12 passos de Alcoolicos Anônimos
- Zeni, T., & Araujo, R, (2009). O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. Revista de Psiquiatria vol 31: 116. Rio Grand do Sul. Bibliografia

Anexo 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo 1. Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: Possibilidades de recuperação nos processos cognitivos dos usuários de crack por intermédio das técnicas cognitivas comportamentais.

Pesquisador Responsável: Ana Laura Parlato, instituição que pertence o pesquisador, Clínica São Lucas- Grupo Viva- Unidade Viana.

Dados de identificação do voluntário:

Nome: _____

Idade: _____ anos RG: _____

O Senhor está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “possibilidades de recuperação dos procesos cognitivos em usuarios de crack por intermédio de técnica cognitivas comportamentais”, de responsabilidade da pesquisadora Ana Laura Parlato. A pesquisa visa constatar se existe eficacia na aplicação de sessões estruturadas propostas pela terapia cognitiva comportamental na recuperação nos danos neuropsicológicos causados pelo uso do crack. Os participantes da pesquisa serão submetidos a avaliação neuropsicológica através da aplicação dos testes: Matrizes Progressivas de Raven, trilhas coloridas, memoria lógica, listas de palavras de Rey, stroop, escala de ansiedade de Beck, escala de depressão de Beck, fluencia verbal e sub testes do WAIS III: dígitos, cubos e códigos. Depois de realizados procedimentos de avaliação, o grupo experimental será submetido a dozes sessões estruturado propostas pela Terapia Cognitiva Comportamental. Terminado as sessões o paciente vai ser novamente submetido para uma testagem final, através da mesma bateria de teste realizada na testagem inicial. Esta pesquisa tem o objetivo de auxiliar a aplicação de métodos terapêuticos mais eficazes para reabilitar o danos cognitivos causados pelo uso do crack, facilitando assim o dependendo a manter-se afastado das

drogas e melhorando o seu prognóstico. A participação nesta pesquisa é voluntaria e não envolve riscos. Todos os dados pessoais serão mantidos em sigilo. Em caso de duvidas sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este trabalho poderão ser esclarecidas por Ana Laura Parlato, psicóloga, CRP 18178/06, email: anaurarazoes@hotmail.com.

Eu _____, RG _____

Declaro ter sido informado e esclarecido quanto ao objetivo da pesquisa e como voluntario, concordo em participar do projeto acima descrito.

São Paulo ____ de _____ de _____.

Nome do voluntario

Assinatura do voluntario

Testemunha

Anexo 2

Tabelas de Resultados

Anexo 2. Tabelas de resultados

Tabela 1					
Caracterização dos Sujeitos					
Sujeitos	Idade	Tempo de uso de SPA	Tempo de Crack	Familia Est.	Religião
1	25	10	7	S	S
2	31	18	10	S	S
3	34	9	3	S	S
4	30	16	3	S	S
5	48	28	10	S	N
6	33	14	8	S	S
7	42	17	5	S	S
8	32	15	7	N	N
9	31	15	8	S	S
10	31	14	6	S	S
11	34	17	6	S	S
12	26	12	2	N	S
13	28	10	4	S	S
14	27	14	2	S	S
15	35	20	3	S	S
16	29	15	5	S	S
17	34	17	8	S	S
18	24	9	2	S	S
19	38	24	8	S	S
20	49	12	5	S	S
21	31	15	5	S	S
22	41	24	5	S	S
23	38	3	1	S	S
24	50	6	3	S	S
25	42	30	11	S	S
26	27	10	3	S	S
Média de Idade =		32			

Tabela 2					
Nível Intelectual (QI)					
Grau Ansiedade / Depressão					
Sujeitos	Raciocínio Matricial (QI)	Escala de Ansiedade Fase 1	Escala de Ansiedade Fase 2	Escala de Depressão Fase 1	Escala de Depressão Fase 2
1	7	0	6	11	4
2	14	33	10	13	4
3	10	13	0	17	0
4	15	5	3	5	5
5	15	4	6	11	8
6	20	18	2	25	4
7	12	8	1	3	2
8	14	0	8	0	6
9	12	7	0	0	0
10	20	17	4	7	4
11	12	0	0	8	1
12	11	17	12	4	1
13	10	21	8	9	4
14	25	7	9	4	7
15	12	2	4	4	8
16	25	2	3	16	6
17	20	12	5	19	13
18	22	2	3	14	19
19	8	4	2	5	2
20	23	2	4	12	14
21	24	8	3	6	1
22	27	3	2	7	5
23	15	6	2	6	8
24	23	38	10	29	8
25	26	8	4	9	7
26	15	27	16	20	11

Tabela 3						
Testes Atencionais						
Sujeitos	Códigos Fase 1	Códigos Fase 2	Trilhas 1 fase 1	Trilhas 1 fase 2	Trilhas 2 fase 1	Trilhas 1 fase 1
1	61	74	52	48	45	46
2	65	74	57	70	82	70
3	78	79	60	44	110	90
4	54	56	70	68	90	70
5	53	64	90	55	92	72
6	76	89	40	40	90	92
7	55	61	66	26	82	80
8	36	42	46	43	74	100
9	58	60	48	42	80	65
10	74	74	40	42	75	57
11	46	55	59	58	87	68
12	42	74	88	40	120	87
13	57	50	85	41	108	77
14	53	58	37	25	77	74
15	55	56	120	41	120	110
16	70	78	26	21	67	43
17	39	51	48	40	121	75
18	56	71	42	24	90	48
19	64	72	73	68	73	68
20	52	60	83	73	96	87
21	42	57	47	36	123	81
22	67	69	44	39	71	65
23	57	82	54	34	94	31
24	74	73	29	24	87	62
25	68	84	50	29	65	50
26	62	74	54	40	75	57

Tabela 4								
Memória Visual								
Auditiva - Evocação								
Curto Prazo								
Sujeitos	Benton C fase 1	Benton C fase 2	Lista de Pal. fase 1	Lista de Pal. fase 2	Lista de Pal. de evocação fase 1	Lista de Pal. de evocação fase 2	Dígitos OD fase 1	Dígitos OD fase 2
1	8	10	32	30	14	16	7	10
2	10	10	28	29	12	12	5	8
3	8	10	28	29	12	13	5	8
4	10	10	20	23	7	8	13	14
5	10	10	27	27	11	13	12	10
6	8	10	16	22	10	22	14	13
7	8	8	30	37	12	14	14	14
8	8	10	28	33	9	14	11	10
9	10	10	28	32	6	12	9	9
10	6	6	9	13	10	10	8	14
11	10	10	25	33	7	10	13	12
12	8	9	27	34	11	12	7	7
13	7	8	24	24	8	5	10	8
14	10	10	26	35	9	11	10	12
15	10	10	28	31	6	9	15	16
16	10	10	30	35	7	14	12	14
17	10	10	13	21	2	4	7	8
18	10	10	28	30	6	8	10	13
19	9	10	21	24	5	7	7	8
20	8	9	23	28	7	9	11	10
21	9	10	28	37	9	11	13	13
22	9	9	20	33	7	12	11	14
23	10	10	16	20	3	5	7	8
24	8	9	21	31	5	9	13	12
25	8	10	23	27	6	7	10	12
26	8	10	25	33	7	8	11	12

Tabela 5						
Memória Longo Prazo						
Evocação / Operacional						
Sujeitos	Memória Lógica 2 fase 1	Memória Lógica 2 fase 2	Evocação fase 1	Evocação fase 2	Dígitos OI fase 1	Dígitos OI fase 2
1	9	11	7	1	7	7
2	8	10	6	8	5	8
3	13	16	12	15	10	8
4	9	10	7	8	7	8
5	7	9	7	10	5	6
6	16	22	10	22	9	10
7	26	30	14	14	10	12
8	8	12	7	13	5	7
9	10	10	7	8	5	6
10	9	13	10	10	6	8
11	12	16	9	16	7	7
12	6	7	4	4	4	4
13	24	24	8	5	7	7
14	7	9	4	7	8	8
15	8	8	8	8	10	10
16	7	14	3	11	5	10
17	5	10	2	4	4	5
18	28	30	6	8	9	9
19	4	7	2	6	5	7
20	11	14	11	16	7	7
21	14	13	3	13	7	8
22	3	10	4	10	9	7
23	8	12	6	12	2	5
24	8	11	5	11	7	7
25	6	11	6	10	8	9
26	25	33	8	11	5	7

Tabela 6								
Funções executivas								
Fluência Verbal								
Sujeitos	FAS fase 1	FAS fase 2	Cubos fase 1	Cubos fase 2	Stroop fase 1	Stroop fase 2	Benton D fase 1	Benton D fase 2
1	40	61	33	35	22	23	10	10
2	23	30	33	36	22	23	10	10
3	61	66	47	49	21	23	10	10
4	35	56	30	43	20	22	7	8
5	34	41	36	36	24	24	10	10
6	49	49	36	36	24	24	8	9
7	33	32	30	37	23	23	10	8
8	36	43	32	38	20	23	9	10
9	37	42	35	49	23	24	8	10
10	40	27	40	42	21	23	10	10
11	28	32	42	54	23	24	10	10
12	31	35	22	28	24	24	10	10
13	37	40	28	30	22	24	9	10
14	51	48	49	55	24	24	10	10
15	38	40	45	44	24	24	10	10
16	43	51	54	58	24	23	10	10
17	29	28	25	37	20	24	9	10
18	46	46	49	58	22	24	10	10
19	30	39	33	49	22	24	10	10
20	40	47	40	43	24	24	10	10
21	44	51	42	48	23	23	10	10
22	24	27	25	44	23	24	10	10
23	31	26	30	35	23	23	10	10
24	33	43	23	27	24	24	10	10
25	40	51	33	36	22	24	10	10
26	39	44	41	41	24	24	10	10

Anexo 3

Sessões de Terapias Individuais

Anexo 3. Sessões de Terapias individuais**HISTÓRIA CLÍNICA****I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

1. Nome: _____ R.G.

2. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

3. Natural de:

4. Endereço:

5. Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP _____

6. Telefones: _____ residencial
_____ comercial
_____ celular
_____ recados

7. E-mail:

8. Sexo: () feminino () masculino

9. Etnia: () branca () negra () parda () amarela

10. Grau de instrução:

() Ensino Fundamental () completo () incompleto

Série _____

() Ensino Médio () completo () incompleto

Série _____

() Técnico _____ () completo () incompleto

Série _____

() Superior _____ () completo () incompleto

Ano _____

Parou de estudar () não () sim Série _____

11. Trabalha: () não () sim Empresa: _____

Cargo: _____

12. Situação profissional:

() registrado () informal () autônomo

() nunca trabalhou

() desempregado () licença médica – motivo _____ () processo
trabalhista em andamento

13. Religião: _____ Praticante: () sim () não

14. Busca pelo tratamento: () vontade própria () involuntária () desejo dos
pais

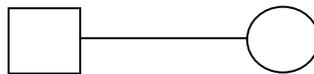
15. Tratamento anterior: () psicológico () psiquiátrico ()
 psicopedagógico
 () neurológico () fonoaudiólogo

II – FAMÍLIA DE ORIGEM

Genograma

Pai

Mãe



Pais:

estado civil _____ tempo _____

Pai:

idade _____ grau de instrução _____

profissão _____

filhos de outros relacionamentos _____ () anterior () posterior

falecido: idade _____ tempo _____ causa-
 morte _____

Mãe:

idade _____ grau de instrução _____

profissão _____

filhos de outros relacionamentos _____ () anterior () posterior

falecida: idade _____ tempo _____ causa-
morte _____

Irmãos: _____ (♀ () ♂ adotivos

idade _____ grau de instrução _____

profissão _____

Dinâmica Familiar

III – FATOS RELEVANTES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**Período da Infância**

Condições de Nascimento/ paciente relata o que ouviu dos pais ou parentes

Principais doenças

Comportamentos e socialização

Experiências positivas

_Eventos importantes

Eventos traumáticos

Período da Adolescência

Principais doenças

Comportamentos e socialização

Experiências positivas

Eventos traumáticos

IV – HISTÓRICO ESCOLAR E FORMAÇÃO ACADÊMICA

Período Escolar/Infância

Adaptação à escola

Socialização

Comportamentos em sala de aula

Relacionamento com professores

Reprovações (qtde/séries)

Dificuldades

Formação Acadêmica

Curso

Satisfação com a escolha do curso: 0% () 25% () 50% ()
 100% ()

Comprometimento com a escolha: 0% () 25% () 50% ()
 100% ()

Dificuldades

V – SEXUALIDADE

Orientação Sexual

Educação Sexual () família () professores () amigos () pesquisa

1ª relação sexual/idade _____ contexto

_____Prevalência de parceiros () fixos () não fixos

DST's

Fatores de Risco/DST

Fatores de Proteção/DST

Dificuldades _____

Eventos traumáticos (abusos sexuais)

Circunstâncias

VI- HISTORIA AFETIVA-CONJUGAL

Nº de Relacionamentos _____ status _____ duração
(média) _____

Estado civil atual _____ tempo

Cônjuge/Parceiro (a) atual:

idade _____ grau de instrução _____ profissão

aspectos positivos do relacionamento _____

aspectos negativos do relacionamento

Constituição da Família nuclear atual

Filhos: _____ biológicos _____ adotivos

Idade (s)/grau de instrução

♀ _____

Idade (s)/grau de instrução

♂ _____

Qualidade do relacionamento familiar

Qualidade do relacionamento com os filhos

VII- HISTORIA OCUPACIONAL

1º emprego: idade _____ função _____ duração

Nº de empregos na vida _____ tempo de

permanência _____

Assiduidade 0% () 25% () 50% ()

75% () 100% ()

Comprometimento/responsabilidade no trabalho 0% () 25% () 50% ()
75% () 100% ()

Desenvolvimento Profissional/Capacitação 0% () 25% () 50% ()
75% () 100% ()

Desenvolvimento Profissional/Promoção 0% () 25% () 50% ()
75% () 100% ()

Motivos

Circunstâncias das Demissões

Habilidade no ambiente

profissional

Dificuldades no ambiente profissional

Perspectivas Futuras

VIII- HISTÓRICO FORENSE

Episódios passados

Episódios Atuais

IX- SOCIALIZAÇÃO E LAZER

Facilidade para fazer amigos 0% () 25% () 50% () 75% ()
) 100% () Qualidade das amizades 0% () 25% ()
 50% () 75% () 100% ()

Prazer obtido no lazer 0% () 25% () 50% () 75% ()
) 100% () Passatempos e *hobbies*

Esportes

Lugares que frequenta

XI- ASPECTOS DA PERSONALIDADE

“jeito de ser” (auto percepção)

pontos fortes

pontos fracos

Aspectos que o (a) incomodam em relação ao outro:

Autocontrole	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
) 100% ()	Impulsividade	0% ()	25% ()	50% ()
) 75% ()	100% ()			
Irritabilidade	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
100% ()				
Conformismo	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
100% ()				

Lidar bem com regras) 100% ()	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
Força de vontade) 100% ()	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
Ambição) 100% ()	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
Determinação 100% ()	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
Supera Adversidades 100% ()	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()
Resistência) 100% ()	0% ()	25% ()	50% ()	75% ()

XII- HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO

Doenças Mentais Familiares

Tratamentos/diagnósticos anteriores

XIII - EXAME PSÍQUICO

Apresentação

Nível de consciência

Identidade

Orientação, memória e atenção

Linguagem e pensamento

Senso percepção e representação

Crítica e julgamento

Afeto	e	humor
<hr/>		
Pragmatismo	e	volição
<hr/>		
<hr/>		
Comportamento		psicomotor
<hr/>		

XIV – AUTOAVALIAÇÃO

Objetivos de vida

XV- HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS/CONDUTA



EVOLUÇÃO DO CONSUMO

	1º CONSUMO (idade)	PADRÃO INICIAL DE USO (qtde)	PEDRÍODOS DE ABSTINÊNCIA (dias/meses/anos)	PADRÃO ATUAL DE USO (qtde)	FREQUÊNCIA DE USO (D = diário) (FS = final de semana)
ÁLCOOL f erm () dest ()					
TABACO					
INALANTES					
MACONHA					
COCAÍNA					
CRACK					
ECSTASY					

EVOLUÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO SPA

	SAÚDE	FAMILIARES	SOCIAIS	PROFISSIONAIS
ÁLCOOL				
TABACO				
INALANTES				
MACONHA				
COCAÍNA				
CRACK				

EVOLUÇÃO DA DEPENDÊNCIA EVOLUÇÃO DO CONSUMO

	1º CONSUMO (idade)	PADRÃO INICIAL DE USO (qtde)	PEDRÍODOS DE ABSTINÊNCIA (dias/meses/anos)	PADRÃO ATUAL DE USO (qtde)	FREQUÊNCIA DE USO (D = diário) (FS = final de semana)
ÁLCOOL f erm () dest ()					
TABACO					
INALANTES					
MACONHA					
COCAÍNA					
CRACK					
ECSTASY					

ANFETAMINAS					
--------------------	--	--	--	--	--

	Uso recorrente resultando em fracasso	Uso recorrente em situações de risco de	Manutenção do uso apesar dos prejuízos	Aumento da qtd e frequência do uso	Sintomas de abstinência mediante a	Uso frequente da substância em períodos	Desejo persistente ou esforço infrutífero em parar ou controlar o uso de	A maior parte do tempo voltada para o uso ou para a obtenção da substância	Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou	Uso continuado da substância apesar de danos físicos ou psicológicos	Anseio ou forte vontade de consumir uma substância específica
ÁLCOOL											
TABACO											
INALANTES											
MACONHA											
COCAÍNA											
CRACK											
ECSTASY											
ANFETAMINAS											

Considerar: Um padrão de uso de substâncias inadequado levando a prejuízo clinicamente significativo ou sofrimento, que se manifesta por 2 (ou mais) dos critérios acima, ocorrendo dentro de um período de 12

Vantagens e desvantagens do uso	Vantagens e desvantagens do não uso
Quando uso	Quando não uso

DISTORÇÕES COGNITIVAS – F1015

INSTRUÇÕES:

- Explique todos os tipos de distorções cognitivas ao paciente;
- Em seguida, oriente o paciente a identificar quais tipos de distorções são predominantes em seu comportamento (eleger de 3 a 4). Ele deverá assinalar com um X na segunda coluna;
- Após a identificação, o paciente deverá exemplificar cada uma e propor formas de corrigi-las.

DISTORÇÕES	X	DÊ UM EXEMPLO DE COMO ACONTECE COM VOCÊ	CORRIJA A SUA DISTORÇÃO
Catastrofização: Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível ou insuportável. Ex: 1)Perder o emprego será o fim da minha carreira. 2)Eu não suportarei a separação do meu (a) esposo (a).			
Raciocínio Emocional ou Emocionalização: Pensar que algo é verdadeiro porque tem um sentimento muito forte à respeito. Ex: 1)Eu sei que faço muitas coisas certas no trabalho, mas eu ainda me sinto como se eu fosse um fracasso. 2) Eu sinto que minha (o) esposa (o) não gosta mais de mim.			
“Tudo ou nada” (polarização): Você vê uma situação em apenas duas categorias em vez de um continuum. Ex. 1) Se eu não for um sucesso total, eu sou			

um fracasso. 2) Tudo deu errado no trabalho.			
“Visão de túnel” (Abstração Seletiva): Uma parte negativa de uma situação é realçada, enquanto os aspectos positivos desta situação não são percebidos. Ex: 1) Porque eu tirei uma nota baixa na minha avaliação (que também continha várias notas altas) isso significa que estou fazendo um trabalho deplorável.			
Questionalização: Focar o evento naquilo que poderia ter sido e não foi. Culpar-se pelas escolhas do passado e questionar escolhas futuras. Ex: 1) Se eu tivesse aceitado outro emprego, estaria melhor agora. 2) E se o novo emprego não der certo?			
Leitura Mental: Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Ex: 1) Ela não está gostando da minha conversa. 2) Ele está pensando que eu não sei nada sobre este projeto.			
Rotulação: Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa ou situação, sem avaliar a circunstância ou o comportamento específico. Ex. 1) Sou incompetente. 2) Ele é uma pessoa má.			
Desqualificação do positivo: Experiências positivas e qualidades são desvalorizadas porque “não contam” ou são triviais. Ex. 1) Eu fiz bem aquele projeto, mas isso não significa que eu seja competente. 2) O sucesso obtido naquela tarefa			

não importa, porque foi fácil.			
Minimização e Maximização: Características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações, são minimizadas, enquanto o negativo é maximizado. Ex: 1) Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem. 2) Obter boas notas não quer dizer que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores que as minhas.			
Personalização: Assumir a culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos, falhando em ver que outras pessoas e fatores também estão envolvidos nesses acontecimentos. Ex: 1) O chefe estava com a cara amarrada, deve ter sido minha culpa. 2) Não consegui manter meu casamento, ele acabou por minha causa.			
Hipergeneralização: Você tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual. Ex. 1) Eu sempre estrago tudo. 2) Eu nunca me dou bem com as mulheres.			
Declarações Imperativas (“eu devo”, “tenho que”): Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, invés de simplesmente considerar como as coisas são. Ex:1) Eu devo ser perfeito em tudo que faço. 2) Eu não deveria ficar incomodado com meu (a) esposo (a).			
Vitimização: Considerar-se injustiçado ou não entendido. A fonte de sentimentos negativos é algo ou alguém, havendo recusa ou dificuldade de se responsabilizar pelos próprios			

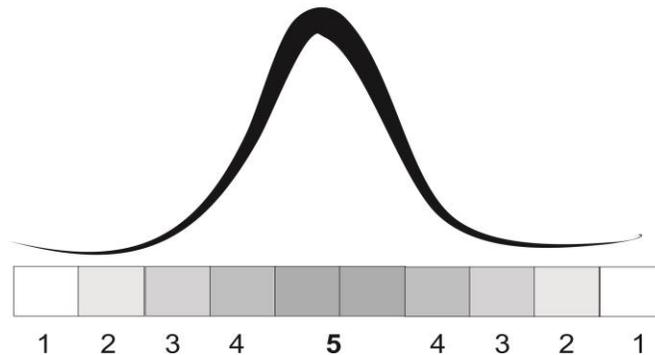
sentimentos ou comportamentos. Ex. 1) Minha (o) esposa (o) não entende meus sentimentos. 2) Faço tudo pelos meus filhos e eles não me agradecem.			
--	--	--	--

Identificando a fissura

Nome do

paciente: _____ Data: ____/____/____

Modelo esquemático da fissura



A fissura é como uma onda, que se aproxima de forma sutil e vai crescendo atingindo maior intensidade.

Neste momento mais intenso da fissura, você precisa utilizar estratégias para superá-la sem o consumo de substâncias psicoativas (SPA). A tendência da fissura é diminuir, e se você superá-la, evitou um lapso ou recaída.

Responder as questões abaixo, lhe ajudará a entender melhor sobre a fissura sentida por você. Leia atentamente cada questão e responda:

a) Quando a vontade vem, a primeira coisa em que penso é:

b) O que me ajuda a vencer a vontade é:

c) Se recaio, depois me sinto:

d) A maior “ilusão” que bebida/droga/cigarro me passa é:

e) A verdade é que:

f) No fundo, bebo ou uso drogas, porque eu gostaria de:

g) O tratamento para mim é:

h) Quando consigo ser mais forte que a vontade, o que penso é:

i) Coisas a que posso me apegar para me manter abstinência:

Agora, trace estratégias para lidar com a sua fissura:

Padrões de crenças

Nome do paciente: _____ data: ___/___/___

Para identificação dessas crenças o paciente deverá assinalar ao lado de cada item:

Crenças de desamparo: Nas crenças de desamparo a pessoa tem a certeza (irracional) de que é incompetente e sempre será um fracasso:

Crenças de desamparo	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca
Sou inadequado				
Sou incompetente				
Não consigo me proteger				
Sou fraco				
Sou uma vítima				
Sou vulnerável				
Sou um fracasso				

Crenças de desamor: A pessoa tem a certeza (irracional) de que será rejeitada.

Crenças de desamor	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca
Sou indesejável				
Sou feio				
Sou monótono				
Nada tenho a oferecer				
Sou rejeitado				
Sou abandonado				
Sou sozinho				

Crenças de desvalor: A pessoa acredita ser inaceitável e não ter valor.

Crenças de desvalor	Sempre	Muitas vezes	Raramente	Nunca
Sou derrotado				
Não tenho valor				
Sou inadequado				
Sou cruel				
Sou perigoso				
Sou fracassado				

Identificando os Estágios Motivacionais para a Mudança

1 - Pré-contemplação: O paciente não percebe quais danos causados pelo uso. O indivíduo não sente necessidade de mudança.

2 - Contemplação: O paciente relaciona as perdas e os problemas que enfrenta em relação ao uso, mas não aceita ajuda.

3 - Determinação: O paciente percebe os danos do uso e aceita o tratamento

4 - Ação: O paciente está evoluindo em seu tratamento.

5 - Manutenção: O paciente continua seu tratamento e continua

6 - Recaída: O paciente retorna ao uso de substâncias psicoativas



Reestruturação Cognitiva

UFI 1034

Nome do paciente: _____ Data: ____/____/____

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Quando você percebe que seu humor está piorando, pergunte a si mesmo: "O QUE ESTÁ PASSANDO PELA MINHA CABEÇA AGORA?" e preencha as colunas abaixo:

Data/Hora	SITUAÇÃO	PENSAMENTO AUTOMÁTICO	EMOÇÃO	RESPOSTA ADAPTATIVA	RESULTADO
	1) Que evento(s) real(ais) ou recordação(ões) levaram à emoção desagradável? 2) Qual (se houver) sensação aflitiva você teve?	1) Que pensamento (s) e/ou imagem(ns) passou pela sua cabeça? 2) Quanto você acreditou em cada um no momento?	1) Que emoção (ões) (tristeza, ansiedade, raiva...) você sentiu no momento? 2) Quão intenso (0a 100%) foi a emoção?	1) Que distorção cognitiva você realizou? 2) Quanto você acredita em cada resposta?	1) Quanto você acredita agora em cada PA? 2) Que emoção você sente agora? 3) Quão intensa é esta emoção (0a 100%)?

- 1) A maneira que estou pensando é favorável?
2) De que outra maneira posso pensar?

- 3) O que posso efetivamente fazer para modificar este padrão de pensamento?
4) O que posso fazer para melhorar a minha vida?

Áreas da Vida

ÁREAS DA VIDA

PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO

Nome:

Emocional

Intelectual

Social

Espiritual

Financeira

Física

Profissional

Afetiva Familiar

F1006
Prontuário nº _____
Data: ____/____/____

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS ÁREAS DA VIDA

Áreas da Vida	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
1. Emocional		
2. Intelectual		
3. Espiritual		
4. Física		
5. Familiar		
6. Afetiva		
7. Profissional		
8. Financeira		
9. Social		

METAS		
Áreas da Vida	Metas	Tempo
1. Emocional		
2. Intelectual		
3. Espiritual		
4. Física		
5. Familiar		
6. Afetiva		
7. Profissional		
8. Financeira		
9. Social		

AÇÕES	
Áreas da Vida	Hierarquia de Ações
1. Emocional	
2. Intelectual	
3. Espiritual	
4. Física	
5. Familiar	
6. Afetiva	
7. Profissional	
8. Financeira	
9. Social	

PROJETO DE VIDA

NOMEDOPACIENTE: _____

UCT: _____ Data da alta: ___/___/___

Introdução

Idealizamos metas e planos que desejamos realizar. Temos a opção de escolhermos o nosso futuro. Queremos algo, entretanto algumas vezes escolhemos caminhos que nos afastam dos nossos objetivos, justamente porque não planejamos antes o que realmente desejamos.

Um projeto de vida é um plano escrito e bem elaborado, para que possamos visualizar melhor os caminhos que devemos seguir para alcançarmos nossos objetivos.

Precisamos saber com clareza quais são nossas metas, objetivos e os caminhos a seguir.

O Projeto de Vida ajuda a clarificar o que realmente é importante para cada um de nós.

Áreas da Vida:

1- Saúde Física-está relacionada com seu corpo físico e o que você fará para manter seu corpo saudável.

2-Saúde emocional- está relacionada com o equilíbrio e o que você fará para manter a estabilidade emocional.

3-Saúde intelectual – está relacionada a estudos, cursos, leitura, pesquisas.

4-Saúde Familiar-como melhorar a dinâmica e convivência familiar.

5-Saúde Ocupacional-Trabalho, ocupações, prestação de serviços, voluntariado.

6-Relacionamento amoroso-Relacionamento a dois (afetivo).

7-Amizades (novas amizades e antigas amizades que podem me ajudar).

8-Espiritualidade (crenças, religião).

9-Sonhos e desejos

Anexo 4

Protocolo de Avaliação Neuropsicológica

Anexo 4. Protocolo de avaliação neuropsicológica

1- Dados da identificação:

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

Data da entrevista:

Entrevistador:

2- Encaminhamento:

3- Diagnóstico principal:

Medicamentos em uso

Adesão ao tratamento

4- Histórico familiar

5- Histórico progresso da doença atual

6- Uso de substâncias

7- Condições de sono e alimentação

8- Estado de saúde geral

9- Aparência, adequação, orientação e crítica

Anexo 5

Registro dos dados quantitativos

Anexo 5. Folha de registro de resultados quantitativos

Idade	
Temp. Cons.Crack	

Resultados	R.Brutos
Ansiedade	
Depressão	
Códigos	
Trilhas 1	
Trilhas 2	
Mem. Log. Ime 2	
Mem. Log. Ev 2	
Pal. Rey Imed Tardia	
Flu. Verb. S	
Flu. Verb. F	
Rac Matricial	
Dígitos Od	

Digitos Oi	
Cubos	
Stroop	
Benton Forma D Forma C	

Anexo 6

Programa do Observatório do Crack

Anexo 6. Programa do Observatório do Crack

Crack é possível vencer

Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS

Unidade pública que oferta serviço especializado e continuado a famílias e indivíduos (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, mulheres), em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas, etc.

O CREAS busca construir um espaço para acolhimento dessas pessoas, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de suas relações familiares. Dentro de seu contexto social, deve permitir a superação da situação apresentada.

Os serviços ofertados nos CREAS são desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas. Realiza ações conjuntas no território para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção que possa contribuir para a reconstrução da situação vivida.

Os CREAS podem ter abrangência tanto local (municipal ou do Distrito Federal) quanto regional, abrangendo, neste caso, um conjunto de municípios, de modo a assegurar maior cobertura e eficiência na oferta do atendimento.

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)

Unidade pública da Assistência Social para atendimento especializado à população adulta em situação de rua.

O Centro Pop é um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Serviço

Especializado para Pessoas em Situação de Rua, proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, a organização, a mobilização e a participação social.

Serviço de Abordagem Social na Rua

O Serviço de Abordagem Social é realizado nos espaços públicos com maior concentração de pessoas em situação de risco pessoal e social que podem estar associadas ao uso de drogas. Desse modo, tem um papel importante na identificação dos territórios com maior concentração dessas situações de risco, por meio de aproximação gradativa, construção de relação de confiança e encaminhamentos para acesso a direitos e à rede de proteção.

Oferta atenção às necessidades mais imediatas dos indivíduos e família atendida. Busca promover o acesso à rede da Assistência Social e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia de direitos.

Esse serviço é ofertado pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS ou unidade específica a ele referenciada ou pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - CENTRO POP.

As equipes desenvolvem o serviço nas ruas e têm participação proativa nesse processo, a partir da vivência nos territórios. Atuam conjuntamente com os Consultórios na Rua, serviço do Sistema Único de Saúde.

Comunidades Terapêuticas

São Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na

rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários.

As Comunidades Terapêuticas mantêm sempre um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

No processo de admissão, a Comunidade Terapêutica deve garantir:

- o respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;
- a orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos;
- a permanência voluntária;
- a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade;
- a possibilidade do usuário interromper a permanência a qualquer momento,;
- a privacidade, quanto ao uso de vestuário próprio e de objetos pessoais.

Outros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS abertos destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais. Os CAPS oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem aos usuários em seus momentos de crise.

O CAPS apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento.

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações,

preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico/psiquiatra, psicólogos, dentre outro

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas 24horas

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD 24 horas) é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas.

Seu público específico são os adultos, mas também podem atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Os CAPS AD 24 horas oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS também atendem aos usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias.

O CAPS apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento.

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possam garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, dentre outros.

Leitos em enfermarias especializadas

CUIDADO

Os leitos de saúde mental em hospitais gerais são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que oferecem suporte hospitalar de curta duração. São utilizados apenas em situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de outras

doenças associadas ao uso de drogas. Atuam como retaguarda para a RAPS e demais serviços de saúde do município ou região de saúde.

A internação deve preparar os pacientes para retomar seu tratamento nos CAPS e outros serviços da RAPS após a alta.

Funcionam em regime integral, nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana, finais de semana e feriados, sem interrupção da continuidade do cuidado.

Unidade de Acolhimento Adulto

CUIDADO

A Unidade de Acolhimento Adulto - UAA é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Elas funcionam como casas onde as pessoas que estejam em tratamento nos CAPS tem apoio profissional e podem viver por um período. Acolhem até 15 adultos por até 6 seis meses, apoiando seus moradores na busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia. São espaços abertos, de acolhimento sempre voluntário.

Unidade de Acolhimento Infantil

Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - UAI é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Acolhe e oferece cuidados contínuos e de proteção para até 10 crianças e adolescentes, observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A permanência no serviço é de caráter voluntário.

A UAI deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social para os usuários por até 6 meses, oferecendo a este público e seus familiares tempo e oportunidade para construir novos projetos de vida.

Consultório na Rua

Equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalham junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos. Essas equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção.

Bases móveis

AUTORIDADE

As bases móveis de videomonitoramento são microônibus adaptados que auxiliam as ações de policiamento ostensivo de proximidade nas cenas de venda e consumo de crack e outras drogas. Elas servem como um pequeno centro de comando e controle, dando suporte tecnológico aos profissionais de segurança pública que acompanham, por meio de monitores, as imagens captadas por câmeras de vídeo instaladas em pontos fixos de maior vulnerabilidade.

Junto com cada base móvel são doados os seguintes equipamentos: 20 câmeras de videomonitoramento fixo, 2 veículos, 2 motocicletas com capacete e tecnologias de menor potencial ofensivo. Além de doar os kits de equipamentos, garante a manutenção das bases pelo período de dois anos.

Os profissionais de segurança pública que atuarão nas bases estão sendo capacitados a atuar de acordo com a filosofia de Polícia Comunitária e em parceria com as redes que integram o cuidado ao usuário de drogas e seus familiares. Esses profissionais estarão aptos a fazer o encaminhamento dos usuários de drogas aos serviços de saúde e assistência social existentes no município, atuando também na mobilização comunitária, construindo com a comunidade no entorno das cenas de uso as soluções para torná-las mais seguras.

Como funciona

A Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Ministério da Justiça, publica todos os anos Editais de Chamamento Público para recebimento de propostas que visem o financiamento de ações voltadas ao enfrentamento do crack e outras drogas. As Secretarias de Segurança Pública estaduais, distrital e dos municípios podem apresentar propostas para desenvolver ações voltadas à prevenção da violência e criminalidade.

Enfrentamento a organizações criminosas

Operações especiais que atuam no tráfico de drogas, principalmente contra o tráfico ilegal de cocaína e de crack.

Essas operações de investigação visam desestruturar as grandes organizações criminosas de narcotraficantes, efetuando a prisão dos seus principais líderes e retirando de circulação grandes quantidades de entorpecentes.

Outro objetivo dessas operações é a apreensão dos bens dos traficantes, adquiridos com o comércio ilegal de drogas. Com isso, a Polícia Federal atua para desarticular toda a estrutura da organização criminosa, dificultando que ela volte a praticar crimes.

O patrimônio apreendido dos traficantes retorna para o Estado para ser utilizado na própria repressão ao tráfico de drogas e também para as ações de prevenção e tratamento ao uso de drogas.

Policiais capacitados em policiamento de proximidade

AUTORIDADE

São cursos específicos para qualificar a atuação dos profissionais de segurança pública - policiais militares, policiais civis, bombeiros militares e guardas municipais - que atuarão no policiamento nos estados e municípios que aderiram ao Programa Crack, é possível vencer. São capacitações modulares que totalizam 160 horas, ou quatro semanas, de aulas presenciais nos seguintes temas:

- Multiplicador de Polícia Comunitária - uma especialização no tema de polícia de proximidade que apresenta conceitos, ferramentas, técnicas e

práticas que orientam a rotina dos profissionais de segurança pública.

- Redes de Atenção e Cuidado - capacitar profissionais de segurança pública que atuarão nas cenas de uso de crack e outras drogas de forma que possam reconhecer as redes de atenção, prevenção e cuidado e o seu papel neste cenário.

Centros Regionais de Referência

PREVENÇÃO

Centros vinculados a Universidades, Centros Universitários ou Faculdades públicas federais ou estaduais destinados à formação presencial permanente dos profissionais que atuam nas redes de saúde, assistência social e segurança pública, bem como daqueles que atuam no Ministério Público, Poder Judiciário e entidades que prestam apoio a adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas.

Os Centros estão em Intuições que abrangem uma população igual ou superior a 500 (quinhentos) mil habitantes ou em municípios menores quando firmadas parcerias com municípios vizinhos para atender população de tamanho semelhante.

São realizados cursos específicos para capacitação em cada área de atuação dos diferentes profissionais alcançados, com cerca de 80 a 160 vagas por curso, respeitando a duração de 60 ou 80 horas, a depender do curso. Capacitação de profissionais e sociedade civil

PREVENÇÃO

São capacitações de profissionais das áreas de educação, saúde, assistência social, justiça, segurança pública, conselhos, lideranças comunitárias e religiosas, além de profissionais e voluntários que atuam em Comunidades Terapêuticas.

O objetivo é capacitar os diversos seguimentos sociais para atuarem na prevenção do uso de crack, álcool e outras drogas e comportamentos de risco, para a adequada identificação, abordagem e encaminhamento para a rede de atenção à saúde. O foco dessas capacitações é a defesa e a promoção dos

Direitos Humanos e a articulação e o fortalecimento das redes locais, respondendo às demandas existentes em seu cotidiano de trabalho, sempre de acordo com as orientações e diretrizes da Política Nacional sobre Drogas – PNAD e da Política Nacional sobre o Alcool – PNA.

Os cursos destinados a profissionais e gestores de todo o país é totalmente gratuito, desenvolvido na modalidade de Educação a Distância (EaD), com certificação de extensão universitária pelas universidades parceiras. Os alunos recebem todo o material didático no endereço residencial e tem acesso às novas tecnologias de EaD, incluindo ambiente virtual de aprendizagem interativa com a disponibilização de chats, fóruns, teleconferências, videoaulas, dentre outros, além de portal específico do curso, acompanhamento por tutores especializados e telefonia gratuita para dúvidas e orientações. As aulas poderão ser acompanhadas em qualquer horário do dia ou da

Anexo 7

Diretrizes gerais médicas para
assistência integral ao dependente
do uso do Crack

Anexo 7. Diretrizes Gerais do Conselho Federal de Medicina para usuários de crack (Brasil)

DIRETRIZES GERAIS MÉDICAS Para Assistência Integral ao Dependente do Uso do Crack

APRESENTAÇÃO

A epidemia de uso de crack que se apresenta no país preocupa a todos os brasileiros. A estimativa da OMS para o Brasil é que existam 3% de usuários, o que implicaria em 6 milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde trabalha com 2 milhões de usuários e estudo da Unifesp patrocinado pela SENAD demonstra que um terço dos usuários encontra a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre, sendo que em 85% dos casos relacionados à violência Não existe ainda uma droga específica.

Os psiquiatras preconizam internação para desintoxicação de cerca de 7 a 14 dias, drogas usadas comumente como opióides e tratamento das comorbidades constituem-se em medidas iniciais, devendo o paciente ter acesso à rede de tratamento ambulatorial bem como aos processos integrados; É preciso mobilizar toda a sociedade (sindicatos, conselhos, movimentos sociais, religioso, estudantil) e meio empresarial para criar uma consciência de responsabilidade compartilhada para o sucesso dessa grande ação de cidadania. Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack .As entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira) se disponibilizam para fazer parte dessa grande causa. A presidência da República já se manifestou ao declarar o enfrentamento a essa grande mazela social. As diretrizes a seguir foram formatadas a partir de trabalhos elaborados por

especialistas, apresentados em Brasília –DF, na sede do CFM¹. 1 – a. ‘Guia da OMS de Intervenção para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Substâncias em locais de cuidados não especializados’; do Dr. José Manoel Bertolote; Consultor da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas b. ‘Crack – Dimensão do Problema’ – do Dr. Salomão Rodrigues Filho membro da Associação Brasileira de Psiquiatria. c. ‘Crack: abordagem clínica’ – do Dr. Carlos Salgado, Membro da CT Psiquiatria do CFM e Presidente da ABEAD d. ‘Política do tratamento do CRACK’ – do Dr. Ronaldo Laranjeira, Professor Titular de Psiquiatria da UNIFESP e Presidente do INPAD-CNPq - Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas e. ‘Crack construindo um consenso’ – da Dra. Jane Lemos, Presidente da Associação Médica de Pernambuco. 8| CFM Conselho Federal de Medicina 2-DEFINIÇÕES DE USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA USO: qualquer consumo de substâncias, para experimentar, esporádico ou episódico;

ABUSO ou USO NOCIVO: consumo da SPA associado à algum prejuízo (biológico, psíquico ou social); DEPENDÊNCIA: Consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário – diferentes graus.

INTRODUÇÃO 3.1 - O QUE É O CRACK? Crack é produzido a partir da cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água, gerando um composto, que pode ser fumado ou inalado. O nome “crack” vem do barulho que as pedras fazem ao serem queimadas durante o uso.

COMO É O USO? O usuário queima a pedra em cachimbos improvisados, como latinha de alumínio ou tubos de PVC, e Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack aspira

a fumaça. Pedra menores, quando quebradas, podem ser misturadas a cigarros de tabaco e maconha, chamado pelo usuário de piticos, mesclado ou basuco.

O CAMINHO E AS CONSEQUÊNCIAS DA DROGA NO ORGANISMO A fumaça tóxica do Crack atinge o pulmão, vai à corrente sanguínea e chega ao cérebro. É distribuído pelo organismo por meio da circulação sanguínea e, por fim, a droga é eliminada pela urina. Sua ação no cérebro é responsável pela dependência. Algumas das principais consequências do uso da droga são: doenças pulmonares, alguns doenças psiquiátricas, como psicose, paranóia, alucinações e doenças cardíacas. A consequência mais notória é a agressão ao sistema neurológico, provocando oscilação de humor e problemas cognitivos, ou seja, na maneira como o cérebro percebe, aprende, pensa e recorda as informações. Isso leva o usuário a apresentar dificuldade de raciocínio, memorização e concentração. 10| CFM Conselho Federal de Medicina 4- HISTÓRICO A cocaína é consumida pela humanidade há 5000 anos. A população dos Andes permanece com o hábito de mascar coca para amenizar fome e cansaço. No século XIX surgiu o interesse pelas propriedades farmacológicas, cujo princípio ativo, a critroxilina, possui ação estimulante para exaltar o humor e espantar a depressão (FREUD) Na década de 80, a cocaína emerge como droga das elites, com perfil eminentemente urbano. Na década de 90, surge um subproduto da cocaína, que ficou conhecido como crack, atingindo um extrato social e uma faixa etária mais baixos. Sua utilização provoca uma euforia de grande magnitude e curta duração, com intensa fissura e síndrome de urgência para repetir a dose. Pelo seu baixo preço, agregou facilmente novos consumidores. O uso da substância psicoativa aumenta a chance de outros transtornos mentais,

podendo mimetizar, atenuar ou piorar sintomas. No caso específico do crack, é comum sua associação a transtornos de humor, personalidade, conduta e déficit de atenção. Cerca de 20% de pessoas dependentes de substância psicoativa, procuram emergências por agitação psicomotora. O perfil do consumidor de crack é o de um jovem, desempregado, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, proveniente de família deses- Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack | 11 truturada com antecedentes de uso de droga e com comportamento de risco.

ASPECTOS GERAIS NO TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK MULTIFATORIEDADE do Dependente Químico (DQ) O tratamento deve ser interdisciplinar, dirigido às diversas áreas afetadas : física, psicológica, social, questões legais e qualidade de vida. Objetivo: iniciar a abstinência e prevenir as recaídas. DESAFIO – Não há uma droga específica apesar de pesquisas empreendidas. É preciso identificar precocemente, avaliar padrão de consumo, grau de dependência, comorbidades e fatores de risco. Garantir disponibilidade para o tratamento e facilitar acesso aos serviços de atendimento, além de, buscar adesão ao tratamento com intervenções familiares

TRATAMENTO – Intervenções medicamentosas de suporte: sintomáticas e tratamento das comorbidades psiquiátricas e complicações clínicas. A cocaína aumenta a neurotransmissão da dopamina e serotonina relacionadas aos efeitos prazerosos e reforçadores da droga e desregulação do sistema, 12| CFM Conselho Federal de Medicina com papel importante na Síndrome de Abstinência, levando a inúmeros ensaios clínicos com intervenções farmacológicas sem resultados satisfatórios. As drogas utilizadas ainda estão sem evidência científica comprovada ou experiência clínica consistente. Anticonvulsivantes, agentes

aversivos, antidepressivos tricíclicos, estabilizadores de humor e antipsicóticos são utilizados e serão comentados ao final.

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR E REDE INTEGRADA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - Ações preventivas: sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde e educação - Identificação precoce e encaminhamento adequado - Desintoxicação: tratamento e suporte sintomático - Tratamento das comorbidades: clínicas e psiquiátricas. - Estratégias de psicoeducação: trabalhar fatores de risco - Grupos de auto-ajuda - Acompanhamento ao longo do tempo na Estratégia Saúde da Família - Abordagens psicoterápicas por profissionais habilitados, terapias individuais, grupais - Terapia cognitiva comportamental.

Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack :

Treino de habilidades sociais e prevenção de recaídas

- Reabilitação neuropsicológica e psicossocial
- Redução de danos com base em evidências médicas e legais
- Rede de atenção: leitos em hospitais gerais e psiquiátricos para desintoxicação, ambulatórios, CAPS AD, albergamento sócio-terapêutico e moradias assistidas (todos com infraestrutura para correta abordagem terapêutica
- A rede integrada de saúde mental necessita ser dimensionada quanto as necessidades. -Os serviços comunitários, geralmente religiosos, são muitos, são precários, carecem de base científica e beneficiam pouco o Dependente Químico. -As ações na área de saúde nas três esferas de governo e entre os diversos órgãos em uma mesma esfera não são integradas e não são

harmônicas.

-Os serviços de assistência ao Dependente Químico de Crack (DQC) com qualidade são poucos e geralmente privados e universitários.

-O uso de substâncias psicoativas (SPA) lícitas prediz o uso de SPA ilícitas e no Brasil não temos nenhum controle sobre publicidade, preço e disponibilidade das SPA lícitas.

-Os usuários recreativos, que sustentam o tráfico, são vistos pela leis como dependentes.

-A repressão ao tráfico é insuficiente.

-Não existe tratamento único e ideal para a DQC. Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack |

-O melhor seria organização de um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde mental e física, social, familiar, profissional, conjugal, criminal, etc), buscando a proporcional diversidade de soluções.

-Devido a natureza da DQC alguns pacientes podem beneficiar-se de intervenções breves e outra parte, necessitar de tratamentos mais sistematizados e com diferentes níveis de complexidade e variedade de recurso

Anexo 8

Lei que regulamente as instituições
para usuários de drogas

Anexo 8- Lei que regulamente as instituições de internação para usuários de drogas

RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 30 de junho de 2011, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.

Seção

II

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica a todas as instituições de que trata o art. 1º, sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas.

Parágrafo único. As instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos nesta Resolução deverão observar, cumulativamente às disposições trazidas por esta Resolução as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Seção I

Condições Organizacionais

Art. 3º As instituições objeto desta Resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao

público.

Art. 4º As instituições devem possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.

Art. 5º As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como:

I - horário do despertar;

II - atividade física e desportiva;

III - atividade lúdico-terapêutica variada;

IV - atendimento em grupo e individual;

V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;

VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;

VII - registro de atendimento médico, quando houver;

VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;

IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;

X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;

XI - atendimento à família durante o período de tratamento.

XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e

XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.

Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

Seção II
Gestão de Pessoal

Art. 9º As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

Art. 10. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.

Seção III
Gestão de Infraestrutura

Art. 11. As instalações prediais devem estar regularizadas perante o Poder Público local.

Art. 12. As instituições devem manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 13. As instituições devem garantir a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público.

Art. 14. As instituições devem possuir os seguintes ambientes:

I- Alojamento

- a) Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação; e
- b) Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes;

II- Setor de reabilitação e convivência:

- a) Sala de atendimento individual;
- b) Sala de atendimento coletivo;
- c) Área para realização de oficinas de trabalho;
- d) Área para realização de atividades laborais; e
- e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

- a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;
- b) Sala administrativa;

- c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e
- d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

- a) cozinha coletiva;
- b) refeitório;
- c) lavanderia coletiva;
- d) almoxarifado;
- e) Área para depósito de material de limpeza; e
- f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

§ 1º Os ambientes de reabilitação e convivência de que trata o inciso II deste artigo podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos.

§ 2º Deverão ser adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Art. 15. Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.

CAPÍTULO III

DO PROCESSO ASSISTENCIAL

Seção I

Processos Operacionais Assistenciais

Art. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente.

Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação

requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.

Art. 20. Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir:

I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

II - a observância do direito à cidadania do residente;

III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e

V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

Art. 21. As instituições devem definir e adotar critérios quanto a:

I - Alta terapêutica;

II - Desistência (alta a pedido);

III - Desligamento (alta administrativa);

IV - Desligamento em caso de mandado judicial; e

V - Evasão (fuga).

Parágrafo único. As instituições devem registrar na ficha individual do residente e comunicar a família ou responsável qualquer umas das ocorrências acima.

Art. 22. As instituições devem indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados.

Art. 23. As instituições de que trata a presente Resolução terão o prazo de 12 (doze) meses para promover as adequações necessárias ao seu cumprimento.

Art. 24. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 25. Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 101, de 31 de maio de 2001.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo 9

Proposta para as comunidades
terapêuticas

Anexo 9. Proposta para as comunidades terapêuticas

Comunidades Terapêuticas

1. Introdução:

O crescimento no uso de drogas lícita e ilícita vem sendo objeto de preocupação e debate em diversas nações, pois é uma ameaça à estabilidade das estruturas dos Estados, afetando seus valores políticos, econômicos, sociais e culturais.

Os dados do **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil**, colhidos entre a população brasileira residente nas cidades com mais de 200 mil habitantes, faixa etária entre 12 e 65 anos de idade, foram divulgados em 04/09/2002 pela Secretaria Nacional Antidrogas (**SENAD**) e pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (**CEBRID**) da Universidade Federal de São Paulo.

Os estudos específicos da região sudeste indicam as drogas lícitas como as mais consumidas. Em primeiro lugar aparece o álcool (71,5%); seguido pelo tabaco (43,6%); maconha (7,6%); benzodiazepínicos (2,8%); solventes (5,2%); cocaína (2,6%); xaropes (codeína) (1,5%); estimulantes (1,4%); opiáceos (0,7%); orexígenos (2,3%); alucinógenos (0,9%); crack (0,5%); barbitúricos (0,5%); anticolinérgicos (1,2%); esteróides (0,4%); merla (0,1%). Não houve relatos de heroína na região.

O **Relatório Mundial Sobre Drogas de 2008**, da Organização das Nações Unidas (**ONU**), informa que o Brasil é o segundo maior mercado das

Américas, com 870 mil usuários de cocaína e fica atrás apenas dos Estados Unidos, com 6 milhões de usuários, e demonstra que esse consumo aumentou de 0,4 para 0,7% entre a população de 12 a 65 anos, no período de 2001 a 2004, o equivalente a um acréscimo de 75%.

De acordo com o referido relatório, o consumo de maconha subiu de 1% para 2,6%, o maior da América Latina no período de 2001 a 2005, correspondendo a um acréscimo de 160%.

O Sudeste do país é umas das áreas mais afetadas pelo consumo de drogas, atingindo cerca de 3,7% da população adulta.

A Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (**FIESP**) realizou estudo (1993), demonstrando que problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa afeta a segurança do trabalhador e a produtividade das empresas. Os resultados mostraram que de 10 a 15% dos empregados apresentaram problemas de dependência química e que o uso de drogas aumentou em cinco vezes as chances de ocorrência de acidentes de trabalho, causando de 15 a 30% das ocorrências e 50% de absentismo e licenças médicas.

Segundo modelo psicossocial, os **Serviços de Atenção à População com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas**, também conhecidos como **Comunidades Terapêuticas (CT)**, são Unidades que têm por função fornecer suporte e tratamento aos usuários abusivos de substâncias psicoativas, em ambiente protegido, técnico e inserido no âmbito da ética profissional. A convivência entre os pares é o principal instrumento terapêutico que tem por finalidade resgatar a cidadania desses usuários, por meio da reabilitação física e psicológica e da reinserção social.

Com o crescente consumo das referidas substâncias, houve uma expansão considerável desses Serviços no país. Para evitar a má qualidade do atendimento prestado e a inadequação dos estabelecimentos para abrigar os

dependentes em busca de tratamento, ou seja, com a finalidade regulamentar o funcionamento dessas CT, a SENAD, em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**ANVISA**) e a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (**FEBRACT**) editaram a RDC ANVISA nº 101, de 30/05/2001.

Esta Resolução aplica-se à prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou público, envolvidas direta e indiretamente na atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Conforme levantamento realizado pelo Centro de Vigilância Sanitária (CVS), baseado nos dados do Sistema de Informação de Vigilância Sanitária (SIVISA) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em maio de 2010 estavam cadastradas 135 Comunidades Terapêuticas em todo o Estado de São Paulo. Em função do grau de risco sanitário observado durante as ações desenvolvidas pelas equipes de Vigilância Sanitária Municipais, 79 (58,5%) das instituições apresentavam condições sanitárias satisfatórias e 39 (28,9%), satisfatória com algumas restrições; 13 (9,63%) encontrava-se em processo de dequalificação e de 4 (2,96%) não constou informação.

Com o intuito de contribuir para a compreensão da legislação vigente, com vistas a orientar as ações e projetos locais e ou regionais, no que diz respeito às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas foi elaborado este Manual e Orientações para as Comunidades Terapêuticas, que têm por objetivo servir de instrumento às pessoas que residem nessas comunidades.

Este documento tem a intenção de melhorar a qualidade do atendimento prestado, reduzindo os agravos à saúde, aos quais estes usuários estão expostos, promovendo mudanças de práticas e padronizando as rotinas dos serviços com o uso de medidas mais eficazes e humanizadas.

2. Criação técnica:

O Manual Técnico para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas

com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas segundo modelo psicossocial, Comunidades Terapêuticas foi elaborado pela Secretaria da Justiça por um Grupo Técnico do Conselho Nacional Anti Drogas, CONED, sob a coordenação da XXXX., com representantes de diferentes áreas

3. Conceituação:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. (RDC 101/01)

4. Legislações:

Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município, atendendo aos requisitos da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA 101/01.

A construção, a reforma ou a adaptação na estrutura física dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas deve ser precedida de aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local e demais órgãos competentes.

O disposto da Resolução 101/01, aplica-se a pessoas físicas e jurídicas de

direito privado e público, envolvidas direta e indiretamente na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

A inobservância dos requisitos da Resolução 101/01, constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades previstas na Lei 6.437 de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que vier a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis

De acordo com o Código Sanitário Estadual - São Paulo - Lei 10.083, de 23 de setembro de 1998, em seu **Artigo 2º** - Os princípios expressos neste Código disporão sobre proteção, promoção e preservação da saúde, no que se refere às atividades de interesse à saúde e meio ambiente, nele incluído o do trabalho, e têm os seguintes objetivos:

- I - assegurar condições adequadas à saúde, à educação, à moradia, ao transporte, ao lazer e ao trabalho;
- II - promover a melhoria da qualidade do meio ambiente, nele incluído o do trabalho, garantindo condições de saúde, segurança e bem-estar público;
- III - assegurar condições adequadas de qualidade na produção, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse à saúde, incluídos procedimentos, métodos e técnicas que as afetem;
- IV - assegurar condições adequadas para prestação de serviços de saúde;
- V - promover ações visando o controle de doenças, agravos ou fatores de risco de interesse à saúde; e
- VI - assegurar e promover a participação da comunidade nas ações de saúde.

(grifo nosso)

Em seu CAPÍTULO II, sobre Estabelecimentos de Interesse à Saúde, descreve em seus artigos 59 e 60 as considerações sobre a promoção e preservação de interesses a saúde:

Artigo 59 – Para os fins deste Código e de suas normas técnicas, consideram-

se como de interesse à saúde todas as ações que direta ou indiretamente estejam relacionadas com a proteção, promoção e preservação da saúde, dirigida à população e realizada por órgãos públicos, empresas públicas, empresas privadas, instituições filantrópicas, outras pessoas jurídicas de direito público, direito privado e pessoas físicas.

Artigo 60 – Para fins deste Código consideram-se como de interesse indireto à saúde, todos os estabelecimentos e atividades não relacionadas neste Código, cuja prestação de serviços ou fornecimento de produtos possa constituir risco à saúde pública, segundo norma técnica.

Para a Obtenção da Licença de Funcionamento dos Estabelecimentos de Interesse à Saúde deverá solicitar junto às autoridades competentes conforme código estadual, em seu artigo:

Artigo 86 – Todo estabelecimento de interesse à saúde, antes de iniciar suas atividades, deverá encaminhar à autoridade sanitária competente declaração de que suas atividades, instalações, equipamentos e recursos humanos obedecem à legislação sanitária vigente, conforme modelo a ser estabelecido por norma técnica, para fins de obtenção de licença de funcionamento através de cadastramento.

§ 1º - Os estabelecimentos deverão comunicar à autoridade sanitária competente as modificações nas instalações e equipamentos, bem como inclusão de atividades e quaisquer outras alterações que impliquem na identidade, qualidade e segurança dos produtos ou serviços oferecidos à população.

§ 2º - Quando a autoridade sanitária constatar que as declarações previstas no “caput” deste artigo, bem como em seu § 1º são inverídicas, fica obrigada a comunicar o fato à autoridade policial ou ao Ministério Público para fins de apuração de ilícito penal, sem prejuízo dos demais procedimentos administrativos.

§ 3º - Os estabelecimentos de que trata o artigo 60 serão dispensados de licença de funcionamento, ficando sujeitos às exigências sanitárias estabelecidas neste

Código, às normas técnicas específicas e outros regulamentos.

Artigo 88 – Os estabelecimentos de interesse à saúde, definidos em norma técnica para fins de licença e cadastramento, deverão possuir e funcionarão na presença de um responsável técnico legalmente habilitado.

Artigo 89 – A empresa de serviços de interesse à saúde, individual ou coletiva, será a responsável, perante a autoridade sanitária competente, sem prejuízo da responsabilidade subsidiária de prestadores de serviços profissionais autônomos, outras empresas de prestação de serviços de saúde e assemelhados por ela contratados.

Artigo 90 – Quando da interdição de estabelecimentos de interesse à saúde ou de suas subunidades pelos órgãos de Vigilância Sanitária competentes, a Secretaria de Estado da Saúde deverá suspender de imediato eventuais contratos e convênios que mantenha com tais estabelecimentos ou suas subunidades, pelo tempo em que durar a interdição.

Artigo 91 – O órgão de vigilância sanitária que interditar estabelecimentos de interesse à saúde ou suas subunidades deverá publicar edital de notificação de risco sanitário em Diário Oficial e veículos de grande circulação.

A norma técnica de padronização conforme Código Sanitário Estadual é a **PORTARIA CVS Nº 01, de 22 de janeiro 2007**, que dispõe sobre o **Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA)**, define o **Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS)** e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes estaduais e municipais de vigilância sanitária no estado de São Paulo e dá outras providências.

Considerando a necessidade de:

- Padronizar, regulamentar e disciplinar os procedimentos administrativos referentes ao cadastramento e licenciamento dos estabelecimentos e equipamentos de assistência e de interesse à saúde, bem como os procedimentos administrativos referentes ao termo de responsabilidade técnica,

quando for o caso;

- Compatibilizar as atividades econômicas que estão sujeitas ao cadastramento e ou licenciamento pelos órgãos de vigilância sanitária com a “Classificação Nacional de Atividades Econômica (CNAE-Fiscal)”, elaborada originalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;
- Definir o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) e;
- Facilitar o intercâmbio de informações com outros órgãos governamentais;

Responsabilidade Legal e Técnica, conforme Portaria CVS nº 01/07:

Os responsáveis legais pelos estabelecimentos e/ou equipamentos, perante a vigilância sanitária são aqueles definidos na legislação em vigor.

Art. 23 - Os responsáveis técnicos pelos estabelecimentos e/ou equipamentos, perante a vigilância sanitária são aqueles legalmente habilitados definidos na legislação em vigor.

Art. 24 - A responsabilidade técnica passa a vigorar na data do deferimento da solicitação, devendo ser emitida conforme o Anexo III da presente portaria, observando-se o § 1º do artigo 17 e o artigo 18 e, tornada pública em Diário Oficial ou outro meio de divulgação.

Art. 25 - O Termo de Responsabilidade Técnica é parte integrante do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (Anexo II) e da Licença de Funcionamento (Anexo III), quando for o caso.

§ 1º – O responsável técnico, seja pelo estabelecimento e ou pelo equipamento de assistência e de interesse à saúde, deve assinar a Licença de Funcionamento em duas vias, onde uma será retirada pelo responsável pelo estabelecimento e ou equipamento e, a outra, que será incorporada ao processo.

PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO.

Art. 7o - A avaliação físico-funcional dos projetos de edificações dos estabelecimentos constantes nos Anexos IV, V, VI, VII, VIII e IX deve ser realizada por equipe técnica multiprofissional do órgão de vigilância sanitária competente.

§1o - O Laudo Técnico de Avaliação (LTA) deve ser solicitado para fins de cadastramento inicial e quando da alteração de estrutura física (ampliação ou adaptação).

§2o - A equipe técnica multiprofissional de vigilância sanitária para fins de avaliação físico-funcional dos projetos de edificações deve ser constituída por profissionais de nível superior, cuja formação se relacione com a atividade e/ou o processo desenvolvido no estabelecimento objeto do projeto, assim como aqueles profissionais de saúde definidos pela Resolução CNS 287/98, do Conselho Nacional de Saúde, sendo obrigatória a participação de engenheiro civil e/ou arquiteto.

(Baseada na legislação ANVISA/ RDC 50/2002)

SOLICITAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

Ato privativo do órgão de saúde competente que permite o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvem atividades de acordo com a legislação sanitária vigente, cujo dígito identificador de situação do Número CEVS é um.

PROCEDIMENTOS DE INSPEÇÃO SANITÁRIA

Art. 26 - Entende-se por “Inspeção Sanitária” todo procedimento realizado pela autoridade de vigilância sanitária competente que busca levantar e avaliar “in loco” os riscos à saúde da população presentes na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços e na intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho.

RESUMO DOS PASSOS A SEREM DESENVOLVIDOS:

- 1º etapa:
 - Solicitar a aprovação do laudo técnico de avaliação;

- 2º etapa, dar entrada na visa local:
 - LTA aprovado;
 - Taxa de termos de RT;
 - Taxa de fiscalização;
 - Formulário de Informações em VISA;
 - Cópia de documento de inscrição do RT no conselho profissional;
 - Cópia do Contrato Social

- 3º etapa, no momento da inspeção:
 - Cópia do contrato de serviços terceirizados e da Licença de Funcionamento da contratada quando for o caso;
 - Documentos originais do programa de garantia de qualidade e comprovação de sua implantação;
 - Manuais de rotina e Procedimentos.

Considerações iniciais da RDC 101/01:

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, alocados em, no máximo, 02 unidades de 30 residentes por cada unidade. Para os Serviços já existentes, será admitida a capacidade máxima de 90 residentes, alocados em no máximo 03 unidades de 30 residentes cada.

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência médica devem estar em conformidade com a RDC 50 da ANVISA (ou a que vier a substituí-la).

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência psicológica e social (centros de tratamento/comunidades terapêuticas), devem manter uma relação direta entre as atividades a serem desenvolvidas e os ambientes para a realização das mesmas.

Parágrafo Único - A existência ou não de um determinado ambiente, depende da execução ou não da atividade correspondente, assim como existe a possibilidade de compartilhamento de alguns ambientes, quer seja pela afinidade funcional, quer seja pela utilização em horários ou situações diferenciadas.

Segue proposta de listagem de ambientes, organizada por setores de funcionamento:

I- Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes

a) Quarto coletivo para, no máximo, 6 residentes - com área mínima de 5,5 m² por cama individual ou beliche de 02 camas superpostas. Este dimensionamento já inclui área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

b) Banheiro para residentes: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 camas. Ao menos 01 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecido na RDC 50/02 ou a que vier a substituí-la.

c) Quarto para o agente comunitário.

II- Setor de terapia/recuperação:

a) Sala de atendimento social.

- b) Sala de atendimento individual.
- c) Sala de atendimento coletivo.
- d) Sala de TV/música.

Obs.: Esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos desde que haja uma programação de horários diferenciados.

- e) Oficina (ex.: desenho, silk, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica)
- f) Quadra de esportes.
- g) Sala para prática de exercícios físicos.
- h) Horta ou outro tipo de cultivo.
- i) Criação de animais domésticos.
- j) Área externa para deambulação.

Obs.: O desenvolvimento dessas atividades poderá ser realizado em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo compartilhá-los com outras instituições.

III- Setor administrativo:

- a) Sala de recepção de residentes, familiares e visitantes.
- b) Sala administrativa.
- c) Arquivo das fichas do residente (prontuários).
- d) Sala de reunião para equipe.
- e) Sanitários para funcionários (ambos os sexos).

ASPECTOS GERAIS DA EDIFICAÇÃO

1-As edificações destinadas às Comunidades Terapêuticas devem observar as exigências constantes deste Manual, sem prejuízo das demais determinações legais previstas nas legislações federal, estadual e municipal pertinentes.

2- A escolha do terreno e do projeto de construção ou do imóvel a ser adaptado deverá ser em lugar seguro, de fácil acesso. Deverá ser avaliado, também, o seu entorno, a fim de assegurar o reconhecimento de problemas ambientais existentes ou potenciais, que, eventualmente, venham a interferir nas atividades ao ar livre, de forma a garantir as melhores condições possíveis de ventilação, insolação, iluminação, além da preocupação com o fornecimento de serviços de apoio (água, esgoto, energia elétrica, gás e outros).

3- A área disponível deve ser compatível com o número de pacientes atendidos.

4 - Todos os estabelecimentos, objeto deste Manual, devem garantir a acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, de acordo com as legislações específicas vigentes, em especial o Decreto Federal nº. 5.296/2004, a NBR 9050/2004 da ABNT; a Lei Estadual nº. 12.907/2008 e as legislações municipais.

5- A Comunidade terapêutica apresentar acesso externo que permita prevenir contaminação cruzada (devem ser respeitados locais ou horários distintos para o abastecimento da unidade, descarte de resíduos sólidos e acesso de usuários ao estabelecimento).

6- Rampas:

6.1- O acesso deve ser efetuado por intermédio de rampa, sempre que houver um desnível entre um bloco e outro da construção, bem como no pavimento de ingresso da edificação, quando houver desnível em relação ao logradouro público.

6.2- O piso das rampas deve ser de material antiderrapante; a declividade e largura da rampa devem obedecer aos critérios estabelecidos nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT e na legislação específica vigente.

7 - Escadas:

7.1- As escadas devem apresentar corrimão instalado entre 0,80m e 1,00m de altura.

Aquelas que possuem largura igual ou superior a 1,20m e inferior a 2,40m devem apresentar corrimão bilateral. Escadas com largura igual ou superior a 2,40m devem apresentar, também, corrimão intermediário.

7.2- Mecanismos de contenção devem estar presentes nas extremidades inferiores e superiores das escadas. Prever piso tátil cromo-diferenciado de alerta sempre que houver mudança de inclinação ou transição de plano, conforme disposto na NBR 9050.

7.3- Sempre que houver escadas ou rampas com desnível maior do que 19 cm devem ser previstos peitoris ou guarda-corpos, contínuos, conforme disposto na NBR 9077.

8 - Pisos:

8.1- Todos os pisos das áreas e cômodos em que há circulação devem ser de material de fácil higienização, lavável, resistente, antiderrapante e em bom estado de conservação.

8.2- Na cozinha, despensa, refeitório, lavanderia e instalações sanitárias, o piso deve ser ainda de material liso, resistente, impermeável e antiderrapante.

9 – Paredes:

9.1- As paredes das áreas e cômodos em que há permanência e circulação devem apresentar acabamento liso, impermeável, lavável, em bom estado de conservação e serem pintadas com tinta atóxica. Devem ser livres de rachadura, umidade e descascamento.

10- Teto:

10.1- O teto deve estar em bom estado de conservação, livre de goteiras, umidade, trincas, rachaduras, bolores e descascamentos.

10.1- Se houver necessidade de aberturas para ventilação, estas devem possuir tela, com malha de 2 mm, de fácil limpeza.

11- Janelas:

11.1- As janelas devem apresentar bom estado de conservação e ser dotadas de telas milimétricas para proteção contra insetos nos seguintes locais: refeitório e cozinha . As telas devem ser ajustadas ao batente e removíveis para facilitar a higienização.

11.2- As janelas e sacadas de locais que ofereçam risco de queda devem apresentar grades ou telas resistentes para proteção.

12 – Portas:

12.1- As portas devem ser constituídas de material não absorvente, superfície lisa e possibilitar fácil limpeza. Devem ser ajustadas ao batente.

12.2- As portas que apresentam comunicação com a área externa, com

sanitários e com a cozinha devem ser dotadas de mola e na parte inferior possuir mecanismo de proteção contra insetos e roedores.

12.3- Os vidros de portas ou painéis, que chegam até 50 cm do piso, devem ser do tipo não estilhaçável.

12.4- Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

13- Ralos:

13.1- Em áreas que permitam existência de ralos e grelhas, estes materiais devem ser em número suficiente, sifonados, dotados de dispositivos que impeçam a entrada de vetores e removíveis para permitir a limpeza semanal.

14- Esgotamento Sanitário:

14.1- O esgotamento sanitário deve ser ligado à rede de esgoto e, quando não, tratado e com destino aprovado pelo órgão competente.

15- Instalações Elétricas:

15.1- As instalações elétricas devem ser embutidas, sem fiação exposta ao ambiente. As externas devem ser perfeitamente revestidas por tubulações isolantes.

15.2- As lâmpadas devem apresentar proteção contra explosões e quedas.

15.3- Os interruptores devem possuir protetores contra descarga elétrica.

16- Iluminação e Ventilação:

16.1- Para fins de iluminação, insolação e ventilação natural, todo compartimento em que há circulação e permanência de pacientes, bem como os locais de trabalho, deverão dispor de abertura comunicando-os diretamente com o exterior.

16.2- A área iluminante dos compartimentos deverá corresponder, no mínimo a:

16.1.1 - salas de atividades e/ou de repouso: 1/5 da área do piso;

16.1.2 - na cozinha, refeitório e em compartimentos sanitários, incluindo banheiros: 1/8 da área do piso, com o mínimo de 0,60m²;

16.1.3 - nos demais tipos de compartimentos: 1/10 de área do piso, com o mínimo de 0,60m².

16.3- A área de ventilação natural deverá ter em qualquer caso de, no mínimo, a metade da superfície de iluminação natural.

17 - Mobiliário:

17.2- A instituição deverá dispor de mobiliário em bom estado de conservação e em quantidade suficiente à demanda atendida, sendo constituído de material lavável.

18- Ambientes:

18.1 - Recepção:

18.1.1- Na entrada da unidade deve haver uma área protegida de sol e chuva, para chegada e saída, atendimento ao público e troca de informações com a família e responsáveis.

18.2 – Instalações Sanitárias destinadas ao público:

18.2.1- As instalações sanitárias destinadas ao público devem ser separadas por sexo e possuir descarga automática e bacia sifonada, com tampa, sendo vedada a privada turca ou similar. Deve haver cesto de lixo com pedal e tampa para guarda de papéis servidos, providas de pia para lavagem de mãos, contendo sabonete líquido e toalha de papel descartável de cor clara, constituída de papel não reciclado, ou outro método de secagem que não permita à re-contaminação das mãos.

18.3- Instalações destinadas aos funcionários:

18.3.1- As instalações sanitárias destinadas aos funcionários devem ser separadas por sexo e apresentar bom estado de uso e conservação. Observar as orientações descritas para instalações sanitárias destinadas ao público.

18.3.2- O local deve ser dotado de armários individuais, chuveiros e pia para lavagem as mãos.

18.4- Cozinha / Refeitório:

18.4.1- A área destinada ao refeitório deve ser compatível com o número de pacientes atendidos e não deve ter comunicação direta com as instalações sanitárias.

18.4.2- Deve haver disponibilidade de lavatórios para lavagem das mãos, dotados de sabão líquido e toalha descartável de cor clara, constituída de papel não reciclado, ou outro método de secagem que não permita a recontaminação das mãos. A lixeira deve ser provida de tampa e sem contato manual, revestida de saco plástico.

18.4.3 – A cozinha coletiva, com as seguintes áreas:

1- recepção de gêneros

2- armazenagem de gêneros

Esta área é destinada a armazenagem de produtos alimentícios em temperatura ambiente e deve ser separada conforme os itens(grupos) a ser armazenados. Sacos (farinhas, açúcar, etc) devem ser dispostos sobre estrados com altura mínima de 25 cm e separados da parede e das pilhas no mínimo 10 cm e distante do forro 60cm (não é recomendado o uso de estrados e estantes de madeira pelo fato delas serem porosas e serem veículos de contaminação). As prateleiras devem ter altura mínima de 25 cm do piso.

Não devem existir no local entulhos, materiais tóxicos; sendo que materiais de limpeza devem ser armazenados em local separado dos alimentos. Se houver necessidade de porcionamento dos alimentos, utilizar utensílios exclusivos e após a sua utilização as embalagens devem ser fechadas adequadamente.

Em caso de transferência do produto de sua embalagem para outras embalagens de armazenamento (tais como sacos plásticos e caixas plásticas e outras) transferir também o rótulo do produto original ou desenvolver um sistema de etiquetagem que contenha as informações básicas : nome do produto, nome do fabricante, endereço, telefone para contato, número de registro no órgão competente, prazo de validade, forma de emprego, etc.

Na área de estoque não deve haver equipamentos ou produtos que alterem a matéria prima (sabor, cor, aroma, textura, etc)

Esta área destina-se ao armazenamento de produtos perecíveis ou que se deterioram rapidamente (Nesta categoria se encaixam carnes, leite e derivados, frutas e hortaliças, alimentos prontos, bolos, tortas, etc).

Os equipamentos de refrigeração ou de congelamento devem ser utilizados conforme a necessidade e o tipo dos alimentos processados e/ou armazenados.

Na existência de apenas uma câmara ou geladeira, esta deve ser regulada para

o alimento que necessite da menor temperatura.

Caso seja instalado câmaras observar: ante-câmara ou proteção térmica (como cortinas); revestimento com material lavável e resistente; nível do piso igual ao da área externa; termômetro permitindo a leitura pelo lado externo; interruptor de segurança localizado na parte externa da câmara, com lâmpada piloto indicadora de ligado-desligado; prateleira de aço inoxidável ou outro material apropriado; porta que permita a manutenção da temperatura interna ; dispositivo de segurança que permita abri-la do lado interno.

Ao dispor de apenas uma câmara, separar sempre produtos prontos de produtos crus; dispor das prateleiras superiores para os produtos prontos (estes sempre devem estar embalados conforme as suas características a fim de evitar contaminações); não deixar produtos prontos (mesmo em bandejas ou panelões) no chão da câmara.

Manter todos os produtos etiquetados e com dados de origem. Não utilizar equipamentos de manutenção (armazenagem) como equipamentos de processos (por exemplo : gerador de água fria), a fim de evitar o desgaste desnecessário do equipamento de refrigeração.

Utilizar câmaras, geladeiras e freezers nas capacidades recomendadas pelos fornecedores. É proibida a superlotação desses equipamentos (código sanitário municipal de São Paulo cap. VII artigo 97 parág. 1)

3- preparo

A área deve ter bancadas e cubas de material liso, impermeável e de fácil higienização essa área também deve ser ventilada e com iluminação adequada, se possível deverá haver algum sistema que promova o resfriamento rápido de cremes a base de ovos ou leite (tipo creme confeiteiro ou similar) a fim de evitar crescimento de bactérias e também de acordo com a portaria 1428 do Ministério da Saúde que recomenda o resfriamento de quaisquer produtos que forem cozidos (assados, fritos) e que não forem consumidos dentro de 02 horas deve-se promover o resfriamento até + 10 C em até 2 horas.

4- cocção

Na área destinada a cocção (cozimento, fritura, forneamento) de produtos não deve existir equipamentos de refrigeração (geladeira, freezer, congelador, resfriador de água), devido ao calor excessivo; caso não haja possibilidade, instalar coifas e exaustores de modo a manter o ambiente não muito quente. Outra possibilidade é definir “parede quente” e “parede fria” ou seja uma parede para instalação de produtos de cocção e na parede oposta (ou mais longe possível) os equipamentos de refrigeração

5- distribuição

6- lavagem de louça

7- armazenagem de utensílios

O local para higiene de utensílios, equipamentos deve ser isolado das demais áreas. É proibido efetuar lavagens de utensílios em via pública (código sanitário municipal de São Paulo).

A área deve ser abastecida de água quente e fria e pias cujos despejos passem obrigatoriamente por uma caixa de gordura, bem como o todo o sistema de canalização de eliminação de detritos (inclusive o sistema de esgoto) deverá ser adequadamente dimensionado a fim de suportar a carga máxima estimada pelo estabelecimento com encanamentos que não apresentem vazamentos e providos de sifões e respiradouros apropriados de modo que não haja possibilidade de contaminação e poluição de água potável.

Na área destinada a higienização deve haver espaço para armazenamento (mesmo que temporário) de utensílios limpos e peças de equipamentos.

8- refeitório.

Deve se ter os mesmos cuidados das áreas de preparo e de cocção. Neste local pode permanecer equipamentos de manutenção de alimentos tais como : balcão térmico(que deve ser limpo diariamente com água tratada e limpa, trocada diariamente e com temperaturas entre +80 °C e +90 °C), estufas(também higienizadas diariamente e mantidas em temperaturas de +65 °C e balcões

refrigerados (também higienizados diariamente e mantido a temperatura de + 10 °C). Se no local houver plantas, estas não devem ser adubadas com adubo orgânico e nem devem estar sobre os balcões.

Existem dois tipos de controle de saúde que devem ser feitos para os funcionários da cozinha:

1- NR-7 do Ministério da Saúde que determina a realização do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) cujo objetivo é avaliar e prevenir as doenças adquiridas no decorrer do exercício profissional e deve ser feito por um médico com especialização em medicina do trabalho e consiste em exame médico admissional, periódico , demissional, de retorno ao trabalho e na mudança de função.

2- O controle de saúde clínico exigido pela Vigilância Sanitária (Estadual), que verifica a saúde do trabalhador e a sua condição para o trabalho, não podendo ser portador aparente de doenças infecciosas ou parasitológicas.

Para essa avaliação devem ser feitos os exames médicos admissionais, periódicos e acompanhados de análises laboratoriais (hemograma, coprocultura, coproparasitológico, VDRL e outros).

A periodicidade dos exames médicos-laboratoriais deve ser anual, entretanto devido a algumas doenças endêmicas o período pode ser reduzido conforme verificado pelos serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológicas locais.

Além desses controles obrigatórios, os funcionários que apresentarem lesões, feridas, chagas ou cortes nas mãos e braços bem como gastroenterites crônicas ou agudas (diarréias, etc) e infecções pulmonares e faringites não devem manipular alimentos.

A gerência ou diretoria deve garantir que os funcionários nessas condições sejam afastados para outras atividades sem prejuízos de qualquer

natureza

No município de São Paulo (decreto 26.638 de 19/08/88) estabelece que além dos funcionários os proprietários ou responsáveis dos estabelecimentos de gêneros alimentícios são obrigados a apresentar o Atestado de Saúde Ocupacional ou Carteira de Saúde com renovação anualmente.

Conforme a portaria CVS, deve ser implantados nos estabelecimentos de gêneros alimentícios, procedimentos de boas práticas de modo a prevenir ou minimizar a presença de insetos e roedores. Entre as práticas cita-se : colocação de telas em janelas e forros nos tetos; higiene constante de todos os ambientes (trabalho, estoque, área comercial, banheiros, vestiários, etc), ventilação em todos os ambientes inclusive em áreas de estoque, não armazenar itens desnecessários (ex. caixas de papelão de fornecedores, garrafas de vidro, etc), utilizar sistemas de fechamento de matéria prima aberta (prendedores, caixas plásticas com tampas), manter produtos de refrigeração em temperaturas corretas; proceder trocas periódicas do lixo ; instalação de câmaras frias para armazenamento de resíduos de alimentos (lixo orgânico) em estabelecimentos comerciais (inclusive padarias) com área igual ou superior a 200 m² (decreto municipal nº 36.998 de 12 de agosto de 1997 - Município de São Paulo), adoção de medidas sanitização de ambiente, equipamentos, utensílios utilizando produtos registrados no Ministério da Saúde e praticar metodologias de desinsetização e desratização através de empresas autorizadas e constantemente.

18.5- Lavanderia:

A lavanderia coletiva com as seguintes áreas:

- 1- armazenagem da roupa suja
- 2- lavagem
- 3- secagem

4- passadaria

5- armazenagem de roupa limpa.

18.5.1- A lavanderia deve ter espaço físico suficiente, piso lavável com ligeira inclinação para evitar retenção de água.

18.5.2- Os tanques de lavagem devem apresentar superfície lisa e impermeável, para facilitar a limpeza.

18.5.3- As roupas devem ser higienizadas, através da aplicação de produtos desinfetantes, devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde, a fim de reduzir microorganismos patogênicos.

18.5.4- A área destinada à lavagem de roupas sujas deve ser separada da área de roupa limpa por barreira física ou técnica para impedir a contaminação cruzada.

18.5.5- As roupas limpas devem ser dispostas de modo organizado em armário próprio e limpo, conforme os Procedimentos Operacionais Padrão - POP.

18.6 – Área de Serviço:

18.6.1- Deve ser previsto um recinto ou armário próprio para a guarda do material de limpeza, com área compatível com a quantidade de produtos armazenados, que impeça o acesso dos pacientes.

18.6.2- Prever tanque para lavagem de utensílios de limpeza geral.

18.7 - Almoxarifado:

Área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios, material de expediente.

19 - Higiene:

19.1- Todas as dependências internas e externas devem se encontrar organizadas e limpas, bem como livres de focos de insalubridade, de vazamento, de umidade, acúmulo de lixo, objetos em desuso e vetores.

19.2- A higienização das instalações, dos equipamentos, dos móveis, dos utensílios e das superfícies deve ser efetuada de modo periódico e adequada, de acordo com os Procedimentos Operacionais Padrão - POP elaborados pelo estabelecimento.

19.3- Os POP devem mencionar a área e/ou equipamento a ser higienizado, o método, a frequência, o produto utilizado, a concentração, a temperatura e tempo de ação, a ação mecânica e funcionário(s) responsável (is) pela tarefa.

20 – Resíduos sólidos:

Todos os produtos descartados (lixo) devem ser dispostos adequadamente em recipientes dotados de tampa e que sejam de fácil limpeza. O lixo fora da área de preparo deverá ficar em local fechado, isento de moscas, roedores e outros animais.

20.1- Os resíduos sólidos devem ser armazenados nos ambientes em recipientes próprios, providos de tampa e pedal, constituídos de material de fácil limpeza, revestidos com saco plástico resistente, conforme a NBR 9191 da ABNT, recolhidos periodicamente e armazenados temporariamente em locais fechados (abrigos), que atendam as seguintes especificações:

20.1.1- Ventilação natural através de aberturas devidamente teladas ou outra forma de proteção contra entrada de vetores.

21.1.2- Dispor de ponto de água para higienização e de ralo para captação de água de lavagem, ligado à rede de esgoto.

22.1.3- Possuir pisos e paredes revestidos de material resistente e lavável.

22.2- Os abrigos destinados ao armazenamento temporário dos resíduos sólidos devem estar localizados de forma a facilitar a remoção pelo serviço de coleta.

22.3- Serão dispensados de necessidade de abrigos para resíduos sólidos, os estabelecimentos que, em função de alguma peculiaridade, apresentar soluções alternativas, sanitariamente aceitas pela autoridade sanitária.

22.4-É recomendável a coleta seletiva do lixo objetivando a reciclagem de materiais.

22.5- O depósito de lixo deve ser inacessível às crianças e animais.

23 - Botijões de gás:

23.1- Devem estar dispostos em área externa e exclusiva para armazenamento de recipientes de GLP e seus acessórios. A delimitação deve ser efetuada com tela, grade vazada ou outro processo construtivo, que impeça o acesso das crianças e permita uma constante ventilação.

De acordo com a ABNT deve existir uma área exclusiva para armazenamento de recipientes de GLP (gás liqüefeito de petróleo) e de seus acessórios. A delimitação dessa área deve ser com tela, grades vazadas ou outro processo construtivo que evite a passagem de pessoas estranhas à instalação e permita uma constante ventilação.

Conforme lei 11.347 do município de São Paulo, determina a obrigatoriedade de afixação de aviso em todos os botijões e cilindros de GLP alertando sobre cuidados básicos inclusive de mantê-los em local aberto e ventilado e a lei 11.352 determina a obrigatoriedade de utilização de aparelho sensor de gás a fim de detectar e prevenir possíveis vazamentos de gás .

24 - Produtos:

24.1– Os produtos utilizados na limpeza e higienização devem ser devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde e dentro do prazo de validade.

24.2- Os produtos de higiene, cosméticos e perfumes devem ser devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde e dentro do prazo de validade, conforme a legislação vigente.

24.3- É vedado reutilizar embalagens vazias de produtos de higiene e limpeza.

25 - Água:

25.1- As instalações prediais de água e esgoto devem seguir as normas e especificações da ABNT e determinações constantes da legislação sanitária vigente.

25.2- O estabelecimento deve ser abastecido com água potável em quantidade suficiente e nos padrões de potabilidade exigidos pela Portaria 518 /2004 do Ministério da Saúde.

25.3- No estabelecimento que possui solução alternativa de abastecimento de água (poços, minas e outros), o responsável deve requerer o cadastro do mesmo no órgão competente de Vigilância Sanitária , conforme o disposto na Resolução Estadual SS 65/2005.

25.4- No estabelecimento que conta com poços tubulares profundos como forma

de solução alternativa de abastecimento deve também atender aos dispositivos da Resolução Conjunta SMA/SERHS/SES-03 de 21/2006.

25.5- O estabelecimento deve contar com reservatório de água dimensionado para atender a demanda total de usuários, além da reserva para combate de incêndio, conforme normas específicas da ABNT, devendo ainda atender as seguintes exigências complementares:

25.6- O reservatório de água deve ser de material adequado, isento de rachaduras, limpo e tampado, a fim de manter os padrões exigidos de potabilidade da água para o consumo humano.

25.7- O reservatório de água deve ser higienizado e desinfetado semestralmente, na forma indicada pela autoridade sanitária, ou quando da ocorrência de fatos que possam comprometer a qualidade da água.

25.8- O estabelecimento deve estar conectado à rede pública coletora de esgoto sanitário ou na falta desta, ao sistema isolado de disposição e tratamento, em conformidade com as normas específicas da ABNT,

25.9- O estabelecimento deve dispor de sistema de drenagem de águas pluviais, em conformidade com as normas municipais e normas específicas da ABNT. As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

26 - Controle integrado de pragas:

26.1- O programa de controle de pragas implementado pela instituição deve contemplar todas as medidas preventivas necessárias para minimizar a necessidade da aplicação de produtos saneantes domissanitários: desinfestantes, raticidas e inseticidas.

26.2- O serviço de aplicação de produtos saneantes domissanitários, quando necessário, deve ser executado por empresa controladora de vetores e pragas

urbana, devidamente licenciada pelo órgão competente de Vigilância Sanitária.

27.3- As instituições deverão apresentar à autoridade sanitária competente, os seguintes documentos referentes ao controle de pragas:

A - Procedimentos Operacionais Padrão - POP, contendo as medidas preventivas adotadas.

B - Certificado ou comprovante de execução do serviço de aplicação de produtos saneantes domissanitários, quando houver, deve conter todas as informações, indicações e orientações, conforme o preconizado na legislação sanitária vigente.

27- Alimentação

27.1- As instituições que possuem serviços de alimentação próprio ou de empresa terceirizada devem obedecer aos critérios estabelecidos pela Portaria CVS 6/99, que dispõe sobre os parâmetros e critérios para o controle higiênico sanitário em estabelecimentos de alimentos e Portaria CVS18/08, que dispõe sobre o controle de saúde dos funcionários.

27.2- Os cardápios elaborados devem permanecer disponíveis para a autoridade

RECOMENDAÇÕES AO CONSUMIDOR NA MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS

DICA S DE PREP ARO /	Escolha alimentos elaborados de forma	Leia com atenção o rótulo, siga as	Alimentos perecíveis não
-------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

	A geladeira deve ser regulada para ficar a	Os ovos devem ser mantidos na geladeira, o prazo de validade deve ser observado e os ovos trincados não devem ser utilizados	Sempre descongele
	Cozinhe bem os alimentos,	Evite misturar alimentos crus com	Consuma os alimentos logo
	Guarde os alimentos cozidos sob refrigeração.		

CINCO CHAVES PARA A SEGURANÇA DOS ALIMENTOS



Mantenha a limpeza

Lave as mãos regularmente quando estiver preparando os alimentos, principalmente depois de ir ao banheiro, de manipular alimentos crus ou materiais sujos, depois de tossir, espirrar, assoar o nariz, após início ou interrupção do serviço.

Lave e desinfete todas as superfícies e equipamentos usados na preparação de alimentos. Proteja os alimentos e as áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais (guarde os alimentos em recipientes fechados)

Porque?

Os microrganismos perigosos que causam doenças transmitidas por alimentos podem ser encontrados na terra, água, nos animais e nas pessoas. Eles são transportados de uma parte a outras pelas mãos, utensílios, roupas, panos, esponjas e quaisquer outros elementos que não tenham sido lavados de maneira adequada, e um leve contato pode contaminar os alimentos.



Separe alimentos crus e cozidos

Separe sempre alimentos crus dos cozidos e prontos para o consumo. Use equipamentos e utensílios diferentes, como facas ou tábua de cortar, para manipular carne, frango, pescados e outros alimentos crus e cozidos.

Conserve os alimentos em recipientes separados para evitar o contato entre crus e cozidos.

Porque?

Os alimentos crus, especialmente carne, frango e pescado, podem estar contaminados com microrganismo perigosos que podem transferir-se a outros alimentos, como comidas cozidas ou prontas para o consumo durante o preparo dos alimentos ou durante a sua conservação.



Cozinhe completamente

Cozinhe completamente os alimentos, especialmente carne, frango, ovos e pescados.

Ferva os alimentos como sopas e refogados para assegurar que alcançaram 74 C. Para carnes vermelhas e frangos cuide que os sucos sejam claros e não rosados. Recomenda-se o uso de termômetros. Reaqueça completamente a comida cozida.

Porque?

A correta cocção mata quase todos os microrganismos perigosos. Estudos mostram que cozinhar os alimentos de forma que todas as partes alcancem 74 C, garante a segurança destes alimentos para o consumo. Existem alimentos como pedaços grandes de carne, frangos inteiros ou carne moída que requerem um especial controle da cocção. O reaquecimento adequado elimina os microrganismos que possam ter se desenvolvido durante a conservação dos alimentos.



Mantenha os alimentos à temperatura seguras

Não deixe alimentos cozidos a temperatura ambiente por mais de 2 horas. Refrigere o mais rápido possível os alimentos cozidos e os perecíveis (abaixo de 5 C).

Mantenha a comida quente (acima de 65 C).

Não guarde comida por muito tempo, mesmo que seja na geladeira.

Os alimentos prontos para consumo para crianças não devem ser guardados.

Não descongele os alimentos a temperatura ambiente.

Porque?

Alguns microrganismos podem se multiplicar muito rapidamente se o alimento é conservado a temperatura ambiente, pois eles necessitam de alimento, umidade, temperatura e tempo para se reproduzir. Abaixo de 5 C ou acima de 65 C se reproduzem lentamente ou se detêm. Alguns microrganismos patogênicos podem crescer ainda em temperaturas abaixo de 5 C.



Use água e matérias-primas seguras

Consuma água tratada.

Selecione alimentos são e frescos.

Para sua segurança, escolha alimentos já processados e inócuos, como leite pasteurizado.

Não ofereça para consumo preparações com ovos crus (maionese, mousse, cremes).

Lavar as frutas e as hortaliças, especialmente quando forem consumidas cruas.

Não utilize alimentos depois da data de vencimento.

Porque?

As matérias primas, incluindo a água, podem conter microrganismos e agentes químicos prejudiciais a saúde. Ovos podem estar contaminados com Salmonella que causa doença severa. É necessário ter cuidado na seleção de produtos crus e tomar medidas preventivas que reduzem o risco, como a lavagem e o destaque.

Conhecimento = Prevenção = Segurança = Economia

28- Presença de Animais:

Caso a instituição possua animais, deve respeitar a legislação pertinente e assegurar condições sanitárias adequadas visando o bem-estar animal e a proteção da saúde humana.

29- Saúde dos Trabalhadores:

29.1- Aos trabalhadores das comunidades terapêuticas devem ser asseguradas as condições técnicas, físicas, humanas e de organização do trabalho que impliquem na promoção da saúde e prevenção de acidentes, agravos e doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a característica das atividades desenvolvidas e dos fatores de risco existentes no local de trabalho, cumprindo o estabelecido na Lei Estadual nº. 10.083/98 (Código Sanitário), Lei Estadual nº 9.505/95, na Portaria nº. 3.214/78 - Normas Regulamentadoras sobre Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e outras disposições legais ou normativas vigentes.

29.2-Todos os trabalhadores devem ser submetidos a exames médicos: admissional, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, de acordo com o PCMSO da NR 7 do MTE.

29.3- Todos os trabalhadores devem ser imunizados através da aplicação de vacinas em conformidade com o Programa Nacional de Imunização – PNI, devendo ser obedecido o calendário previsto neste programa e outras, de acordo com o PCMSO.

29.4- O ambiente de trabalho deve possuir condições de higiene, conforto e salubridade, de acordo com a NR - 24 do MTE.

29.5- Os trabalhadores devem receber capacitação inicial e permanente sobre: as rotinas da comunidade terapêutica, cuidados de higiene, saúde e alimentação; medidas de proteção individual, normas e procedimentos a serem adotadas no caso de ocorrência de incidentes ou acidentes.

29.6- Os trabalhadores devem utilizar os equipamentos de proteção individual, para cada tarefa destinada e posto de trabalho, conforme descrito na NR6 do MTE.

29.7- Em casos de acidentes, incidentes ou danos à saúde dos trabalhadores, o empregador deverá proceder à notificação previdenciária e epidemiológica, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, e da Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - NET, para que sejam tomadas as medidas necessárias para o caso (investigação do acidente, medidas profiláticas, etc.).

30- RECURSOS HUMANOS

A equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por:

- 01 (um) Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;
- 01 (um) Coordenador .Administrativo;
- 03 (três) Agentes Comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's.

O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe

técnica no estabelecimento no período noturno. Recomenda-se a inclusão de Curso de Primeiros Socorros no curso de capacitação.

31 - Manuais de Normas e Rotinas:

O estabelecimento deve manter disponível para os funcionários os Manuais de Normas e Rotinas, atualizados, referentes às atividades desenvolvidas.

Os serviços devem explicitar por escrito os seus critérios de rotina para triagem quanto a:

- Avaliação Médica por Clínico Geral;
- Avaliação Médica por Psiquiatra;
- Avaliação Psicológica;
- Avaliação familiar por Assistente Social e/ou Psicólogo;
- Realização de exames laboratoriais;
- Estabelecimento de programa terapêutico individual;
- Critérios de rotina de tratamento

32 – Medicamentos:

Medicamento - Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico

Psicotrópico - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico.

Receita - Prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado

Conforme o código sanitário estadual em seu Artigo 57 – Os estabelecimentos de assistência à saúde que utilizarem em seus procedimentos medicamentos ou

substâncias psicotrópicas ou sob regime de controle especial, deverão manter controles e registros na forma prevista na legislação sanitária.

32.1 Os estabelecimentos assistenciais de saúde, que possuem procedimentos de desintoxicação e tratamento de residentes com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, que fazem uso de medicamentos a base de substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicos e outras sujeitas ao controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98 - Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

32.2 A responsabilidade técnica pelo serviço junto ao órgão de Vigilância Sanitária dos Estados, Municípios e do Distrito Federal deve ser de técnico com formação superior na área da saúde e serviço social.

32.3 Nos estabelecimentos em que não há prescrição, mas admissão de pessoas usuárias de medicamentos controlados, a direção do serviço assumirá a responsabilidade pela administração e guarda do medicamento, ficando dispensada dos procedimentos de escrituração previstos na Portaria SVS/MS n.º 344/98 ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

32.4 G U A R D A / Estocagem de medicamentos de uso controlado

Os medicamentos e substâncias constantes da Portaria SVS/MS nº344/98 e suas atualizações, deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim.

Dada às características desses medicamentos, sua área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima.

Esses medicamentos precisam estar em área isolada das demais, somente podendo ter acesso a ela o pessoal autorizado.

Os registros de entrada e de saída desses medicamentos devem ser feitos de acordo com a legislação sanitária específica, sem prejuízo daquelas que foram determinadas pela própria administração do almoxarifa

Capítulo 2. CONED

Histórico

Os Conselhos de Direitos no Brasil, emergem, em geral, na década de 1990, inspirados pela “Constituição cidadã” de 1988, visando a concretizar a participação e controle social preconizados na referida Constituição Federal.

Procuram ter uma estrutura paritária (entre Governo e sociedade civil organizada) e tem o escopo de deliberar e propor ao Poder Executivo políticas públicas de promoção e defesa de direitos, mormente os direitos humanos fundamentais, individuais e sociais.

Mesmo antes disso, em 12 de junho de 1986, o Governador do Estado de São Paulo, Franco Montoro, criou, pelo Decreto 25.367/86, o Conselho Estadual de Entorpecentes junto à Secretaria da Justiça.

Em 27 de maio de 2009, o Governador do Estado de São Paulo, José Serra, mediante o Decreto 54.382/09, altera a denominação do Conselho Estadual de Entorpecentes para Conselho Estadual sobre Drogas.

E, em 16 de agosto de 2010, o Governador do Estado de São Paulo, Alberto Goldman, faz publicar o Decreto nº 56.901/2010 que altera a denominação do Conselho Estadual sobre Drogas para Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas CONED-SP, junto à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania.

O CONED-SP é composto por 39 instituições. O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED é composto pelos seguintes membros titulares, designados juntamente com os respectivos suplentes, pelo Governador do

Estado:

I - 3 (três) representantes da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, sendo:

- a) 1 (um) do Gabinete do Secretário;
- b) 1 (um) do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC;
- c) 1 (um) da Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente - Fundação CASA-SP;

II - 3 (três) representantes indicados pela Secretaria da Saúde, sendo:

- a) 1 (um) da Coordenadoria de Planejamento de Saúde;
- b) 1 (um) do Centro de Vigilância Sanitária;
- c) 1 (um) do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas;

III - 2 (dois) representantes indicados pela Secretaria da Segurança Pública, sendo:

- a) 1 (um) da Polícia Civil, escolhido entre os integrantes da Divisão de Prevenção e Educação do Departamento de Investigações sobre Narcóticos - DENARC;
- b) 1 (um) da Polícia Militar do Estado de São Paulo, escolhido entre os integrantes do PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência;

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria da Educação;

V - 1 (um) representante da Secretaria de Economia e Planejamento;

VI - 1 (um) representante da Secretaria de Esporte, Lazer e Turismo;

VII - 1 (um) representante da Secretaria da Cultura;

VIII - 1 (um) representante da Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social;

IX - 1 (um) representante da Secretaria da Administração Penitenciária;

X - 1 (um) representante da Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho;

XI - 1 (um) representante da Secretaria da Habitação;

XII - 1 (um) representante do Ministério Público do Estado de São

Paulo;

XIII - 4 (quatro) representantes da comunidade acadêmico-científica, de notório saber na área de drogas, tabaco e álcool;

XIV - 6 (seis) representantes da sociedade civil, pertencentes a organizações não-governamentais de reconhecida atuação na área de drogas, tabaco e álcool;

XV - 1 (um) representante de cada uma das seguintes entidades, mediante

convite:

a) do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; b) do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo;

c) do Conselho Regional de Enfermagem; d) do Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região;

e) do Departamento de Polícia Federal (SR/SP);

f) do Ministério Público Federal;

g) da Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de São Paulo - OAB/SP;

h) da Coordenadoria de Atenção às Drogas da Prefeitura de São Paulo;

XVI - 1 (um) representante do Fundo de Solidariedade e Desenvolvimento

Social e Cultural do Estado de São Paulo;

XVII - 1 (um) representante da Defensoria Pública do Estado de São Paulo;

XVIII - 1 (um) representante da Procuradoria Geral do Estado.

As suas atribuições, conforme artigo 2º, do referido Decreto são:

1- propor a política estadual sobre drogas, compatibilizando-a com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, bem como acompanhar a respectiva execução;

2- estimular pesquisas visando ao aperfeiçoamento dos conhecimentos técnico-científicos referentes ao uso e tráfico de drogas;

- 3 - articular, estimular, apoiar e acompanhar os programas de prevenção e tratamento, redução de danos e repressão ao tráfico de drogas;
- 4 - propor ao Governador do Estado a celebração de convênios para os fins previstos nos incisos anteriores;
- 5 - encaminhar ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas propostas fundamentadas de alteração do sistema legal de prevenção, fiscalização e repressão ao uso e tráfico de drogas.

Como se viu acima, o CONED-SP articula-se com o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) que, por seu turno, está ligado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência de República e, como tal, instrui as Políticas do Governo Federal quanto a prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, redução de danos a sociais e à saúde e repressão ao tráfico de drogas.

Documentos Necessários para Cadastro e Parecer Estadual, junto ao Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas CONED-SP

OBS: OS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS DEVEM SER AUTENTICADOS OU DE SITE OFICIAL

- a) - Ofício, em papel timbrado da instituição, dirigido ao Conselho Estadual Sobre Drogas do respectivo Estado, solicitando o parecer sobre o projeto;
- b) - exemplar dos atos constitutivos da instituição (estatuto) e alterações vigentes, devidamente registrados, ou certidão de inteiro teor fornecida pelo cartório em que está registrado;
- c) - cópia do ato (ata) de designação (eleição ou nomeação) do (s) atual (is)

representante(s) legal(is) da instituição;

d) - cópia de documento de identidade e CIC do representante legal da instituição, como também sua qualificação, nome, endereço estado civil, profissão, cidade e telefone;

e) - declaração expressa da instituição, sob as penas do artigo 299 do Código Penal, de que não está em situação de mora ou de inadimplência junto a qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal Direta e Indireta;

f) - certidões de regularidade fornecida pela Secretaria da Receita Federal - SRF, pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN, do Ministério da Fazenda, e pelos correspondentes órgãos estaduais e municipais;

g) - comprovante de inexistência do débito junto ao Instituto Nacional de Seguro Social - INSS, referente aos três meses anteriores, ou Certidão Negativa de Débitos - CND atualizada, e, se for o caso, também a regularidade quanto ao pagamento das parcelas mensais relativas aos débitos renegociados;

h) - comprovação de não estar inscrito como inadimplente no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI;

i) - comprovação de não estar inscrito há mais de 30 (trinta) dias no Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados - CADIN;

j) - cópia do certificado ou comprovante do Registro de Entidade de Fins Filantrópicos fornecidos pelos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Assistência Social;

k) - cópia de Cadastro e parecer na Vigilância Sanitária Regional para agilizar a análise pelo conselho, nos casos de cadastramentos, parecer e projetos, nos

casos de subvenção é necessário abertura de processo pelo Coned;

l) - cópia do relatório das atividades executadas dos últimos três anos;

m) - cópia do cadastro na Secretaria de Assistência Social Municipal (se tiver);

n) - parecer da Vigilância Sanitária Municipal;

o) - cópia do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - C.N.P.J.;

p) - Enviar fluxo de procedimento de ações,

q) – Relação do quadro de funcionários e suas respectivas funções.

r)- Xérox autenticada do certificado de curso realizado na área de álcool e drogas dos dirigentes e técnicos que atuam na instituição (Cursos aceitos pelo CONED: Febract, Uniad-Unifesp, Grea, Senad)

Capitulo 3. CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Crítérios Clínicos para contra-indicação de pacientes serem encaminhados ou permanecerem em Comunidade Terapêutica

As Comunidades Terapêuticas (CT) são modelo de tratamento desenvolvido nos Estados Unidos desde o fim da década de 50. Atualmente são encontradas nas Américas, Ásia, Europa e Austrália e seu tratamento é baseado na convivência com pares para a reabilitação global do indivíduo.

De acordo com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, filiada a Federação Mundial de CTs, a equipe mínima de uma comunidade com capacidade para 30 internos deve ser composta por: um profissional de saúde ou assistente social com nível superior, um coordenador administrativo e três agentes comunitários. Além disso, o estatuto assegura pelo menos um atendimento médico psiquiátrico ao mês para aqueles com comorbidade psiquiátrica. A equipe técnica fica também responsável por administrar e guardar medicações quando prescritas por médico que avaliou paciente previamente.

Os pacientes submetidos a regime de tratamento em comunidade terapêutica não são assistidos por equipe de saúde em tempo integral. Por isso precisam ter condições mínimas de auto-cuidado e entendimento da situação, assim como estarem motivados a seguir tratamento de forma voluntária. Deste modo, casos em que o paciente precise de assistência médica ou de saúde intensiva não devem ser encaminhados ou mantidos em CT. São condições em que isso ocorre:

1. Intoxicação. Os casos de intoxicação por álcool ou drogas, na sua maioria devem ser tratados em ambiente hospitalar. Por isso, devem ir a CT apenas após resolução do quadro
2. Síndrome de abstinência de: álcool, opióides, anfetaminas, benzodiazepínicos ou qualquer outra substância em que haja risco de complicações clínicas em sua evolução
3. Doenças clínicas agudas ou descompensadas como hipertensão, diabetes, cardiopatias, hepatopatias, infecções, alterações eletrolíticas etc. O médico deve avaliar a gravidade do quadro e só liberar o paciente para tratamento em comunidade terapêutica quando o quadro estiver compensado e em condições de ser tratado de forma ambulatorial
4. Risco de auto ou heteroagressividade. Pacientes com risco de: suicídio, auto-agressão, homicídio ou heteroagressão devem permanecer em ambiente hospitalar
5. Sintomas psicóticos. Pacientes apresentando alucinações ou delírios não tem possibilidade de ir a CT

6. Alterações de nível de consciência como estado comatoso, torporoso, sonolência, confusão mental devem ser assistidas em ambiente hospitalar
7. Suspeita de traumas (craniano, torácico, abdominal, ortopédico) devem ser avaliados e se necessário mantidos em observação.
8. Graves alterações do controle ou da vontade não devem ser encaminhados a CT pela impossibilidade de seguirem as orientações propostas
9. Transtornos psiquiátricos graves e em fase aguda como depressão, mania, demências entre outros devem ser inicialmente tratados para terem possibilidade de seguirem tratamento, após melhora da sintomatologia, em CT.

Concluindo, a Comunidade Terapêutica é possibilidade de tratamento para dependentes de substância, mas o médico deve sempre avaliar a elegibilidade deste tratamento levando em conta o fato de ser tratamento fora de ambiente hospitalar e sem suporte para dar assistência a casos graves do ponto de vista clínico e psiquiátrico.

RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA DE MORADIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CTs)

Todos os programas de tratamento têm regras e normas específicas. Desde o Processo de Triagem o (a) candidato (a) e seus respectivos responsáveis deverão estar cientes das mesmas.

As Normas de Moradia devem ter como princípio básico a convivência comunitária, fator este que deverá contribuir na educação ou reeducação do residente.

Respeitando os Códigos de Ética das Federações de Comunidades Terapêuticas Brasileiras (FEBRAC), Latino-Americanas (FLACT) e Mundial (WFTC), deve-se proporcionar um ambiente saudável e livre de álcool, tabaco e

outras drogas, sexo e violência. **RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA DE MORADIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CTs)**

Todos os programas de tratamento têm regras e normas específicas. Desde o Processo de Triagem o (a) candidato (a) e seus respectivos responsáveis deverão estar cientes das mesmas.

As Normas de Moradia devem ter como princípio básico a convivência comunitária, fator este que deverá contribuir na educação ou reeducação do residente.

Respeitando os Códigos de Ética das Federações de Comunidades Terapêuticas Brasileiras (FEBRACT), Latino-Americanas (FLACT) e Mundial (WFTC), deve-se proporcionar um ambiente saudável e livre de álcool, tabaco e outras drogas, sexo e violência.

Para o desenvolvimento de programas de tratamento as C.T's devem contar com uma equipe de funcionários e voluntários que poderão desenvolver atividades de acordo com a sua formação profissional e experiência.

As C.T's. devem contar com representantes que deverão responder pela Presidência, Conselho Consultivo, Coordenação, conforme estatuto. Quanto à equipe técnica das áreas de Psicologia, Pedagogia, Saúde, Serviço Social e Serviço Jurídico.

As C.T's podem manter em seu quadro de colaboradores dependentes em recuperação.

1) ESPIRITUALIDADE:

A espiritualidade pode ser definida como estado psíquico que traz significado e propósito à vida das pessoas. É reconhecida como um fator de proteção que contribui para a saúde e qualidade de vida, favorecendo ao indivíduo o resgate da sua identidade e valores. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades, desta forma deve-se respeitar a individualidade de cada um. (Reavaliar)

2) CRONOGRAMA:

- a) Durante o Processo de Triagem o (a) candidato (a) e seu responsável deverão ter consciência de como funciona o dia-a-dia na C.T. Receberá do (a) entrevistador (a) uma cópia do cronograma de atividades anexado às Normas de Moradia para conhecer o que lhe será sugerido durante o tratamento.
- b) No processo de adaptação, recomenda-se que o residente recém-chegado, tenha 15 dias para vivenciar o cronograma, contando com a colaboração de outro residente há mais tempo no programa que será indicado pela Equipe.
- c) É importante respeitar os horários das atividades estabelecidas, chegar minutos antes do seu início. Em casos de descumprimento do horário o residente estará sujeito a uma avaliação do grupo que proporá ações que possam ajudá-lo a cumprir o horário estipulado.
- d) O cronograma de atividades poderá ser alterado de acordo com as necessidades da C.T.

3) Atividades Diárias:

- a) Cada C.T. devesse ter um programa de atividades diárias.
- b) A equipe poderá avaliar a aptidão do residente e, após, indicar quais atividades ele passará a desenvolver na C.T. Este processo deve ser revisto periodicamente e o resultado obtido contará na sua avaliação.
- c) Deve-se ressaltar que cada C.T. deve organizar as atividades de acordo com

a sua necessidade e a equipe responsável deverá dar ciência ao residente informando a sua grade de atividades.

d) Deixar de participar das atividades propostas pela C.T. implica em não cumprir as normas previstas aceitas no ato da internação. A participação de todos visa ao bem-estar coletivo. Desta forma, o residente que terminar a sua atividade antecipadamente deverá procurar o técnico responsável ou o monitor para ser orientado a dar continuidade em outras atividades.

e) O residente deverá estar atento ao primeiro chamado para participar das atividades, encaminhando-se para o local indicado, organizando-se para a distribuição de atividades.

f) O residente deverá utilizar-se dos equipamentos de segurança de acordo com as atividades desenvolvidas.

g) O material utilizado para o desenvolvimento das atividades quando necessário deverá ser devolvido para que seja guardado em lugar apropriado.

h) A C.T. poderá indicar um dia para a realização de faxina geral em suas dependências e a todos é solicitada e sugerida a participação.

4) GENERALIDADES:

a) A C.T. poderá adotar a utilização de crachá em suas dependências.

b) A comunicação verbal entre todos – companheiros, equipe, funcionários, voluntários, visitantes – deve ser sempre respeitosa, evitando gírias, palavrões, tom alto de voz, apelidos e brincadeiras com contatos físicos.

c) O material didático deve sempre acompanhar o residente nos horários das reuniões de grupo.

d) Somente em extrema necessidade e sempre com conhecimento e autorização da Equipe, objetos de uso pessoal (roupas, sapatos, higiênicos, etc.) poderão ser doados de residente para residente.

e) Recomenda-se que ao “falar da ativa“, isto é, o que fez lá fora, **somente** na presença de um membro da Equipe e nas reuniões do cronograma.

- f) Usar vestimenta adequada para as atividades a serem desenvolvidas.
- g) Dinheiro e/ou objetos de maior valor e/ou bens pessoais que ficarem relacionados fora da lista do rol serão devolvidos aos responsáveis ou guardados até o término do tratamento.
- h) Aparelhos eletrônicos de uso pessoal deverão ser utilizados conforme a regulamentação das C.T's,
- i) Objetos perfuro-cortantes e pontiagudos em geral, estão excluídos da rotina diária da CT.

- j) Devolver aos devidos lugares e em ordem os objetos de uso coletivo (livros, jogos, ferro de passar roupa, etc.) após a utilização, sempre limpos e/ou arrumados.
- l) Os aparelhos eletro-eletrônicos de uso comunitário devem ser manuseados e utilizados conforme a orientação e designação da Equipe.
- m) As correspondências recebidas serão distribuídas conforme a orientação da Equipe e os residentes deverão abri-las na frente do membro da Equipe e mostrar apenas o conteúdo do envelope.
- n) Atendimento familiar segundo a RDC (terapia familiar, falar sobre a evolução do tratamento)
- o) Sugestões ou críticas deverão ser colocadas na “Caixa de Sugestões” ou no grupo operativo.

5) PATRIMÔNIO:

O residente deverá zelar pela conservação do patrimônio da C.T.

6) ESPAÇO FÍSICO:

- a) o residente poderá utilizar dos espaços pré-programados de acordo com as atividades desenvolvidas.
- b) Manter limpas as áreas internas e externas das instalações da C.T.

7) DORMITÓRIOS:

- a. A entrada ou permanência nos quartos obedecerá aos horários das atividades do cronograma, salvo com autorização e acompanhamento da Equipe. É permitida a entrada somente no quarto onde se reside.
- b) Manter o armário limpo e arrumado, diariamente, usando-o somente para guardar roupas e objetos de uso e higiene pessoal.
- c) Ao levantar deixar a cama arrumada, mantendo-a organizada durante todo o período.
- d) As toalhas ou roupas deverão ser dependuradas ou estendidas nos varais externos, e na lavanderia em dias de chuva.
- e) É expressamente proibido transitar nos corredores com roupas íntimas e deve-se fechar a porta e a janela do quarto sempre que for trocar de roupa.
- f) Sempre que necessário colocar os colchões, travesseiros e cobertores para arejarem.
- g) Manter silêncio absoluto após o recolher e apagar das luzes, com exceção do corredor e do banheiro, até o momento do despertar do dia seguinte. A saída dos quartos somente é permitida para ir ao banheiro ou quando houver algum problema deverá ser solicitada orientação ao plantonista.
- h) Caso os residentes pernoitem em outra unidade da C.T, o recolher e o despertar fica sob a responsabilidade dos técnicos e monitores.
- j) Para os residentes na fase de Reinserção Social que participam de Cursos Profissionalizantes e similares o horário de recolher será definido pela equipe do programa.

8) HIGIENE PESSOAL:

- a) O residente deve manter-se limpo através do banho e higiene bucal diários, barbear-se regularmente (dia sim, dia não), roupas adequadas e cabelos em

ordem.

b) Limpar bem os sapatos, botas, tênis e chinelos antes de guardá-los no lugar indicado.

c) Todas as roupas sujas devem ser lavadas semanalmente. Após o término da lavagem, deve-se secar o piso e guardar os utensílios utilizados nos devidos lugares. Ressalta-se ainda que roupas e calçados que ficarem de molho devem ser lavados no mesmo dia. As roupas após secas deverão ser retiradas dos varais.

d) Manter a porta fechada ao utilizar o banheiro. Ficar atento para não deixar objetos de uso pessoal. Ao sair do banho passar o rodo com pano, independente de ter outra pessoa para usá-lo. O tempo de banho deverá ser definido conforme regulamento interno. Recomenda-se que a lavagem das roupas e o fazer a barba sejam realizados em outro momento.

9) TELEFONE: CONTROLE E LIGAÇÕES:

a) O uso de telefone ou o recebimento de telefonemas fica a critério de cada C.T. respeitando-se as normas legais vigentes.

10) SAÍDAS DA COMUNIDADE:

a) O residente deve portar sempre um documento de identidade.

b) O residente será inspecionado em seus trajes e pertences ao retornar para a C.T.

REINSERÇÃO SOCIAL:

- a) As saídas para reinserção social devem contemplar atividades terapêuticas, sociais, religiosas e de lazer, ou contatos com grupos de apoio, auxiliando o residente na sua reintegração social fortalecendo os fatores de proteção.
- b) É expressamente proibido ao residente dar, oferecer, pedir e receber dinheiro a outro residente ou de responsáveis e amigos em quaisquer saídas da CT.
- c) Qualquer saída que faça parte do cronograma de atividades dos programas poderá sofrer cortes temporários em função do comportamento individual ou coletivo dos residentes.
- d) Qualquer tipo de alimento deve ser consumido antes do retorno à CT ou entregue à Equipe para posterior distribuição.
- e) Caso haja algum restante de dinheiro, o residente deve devolvê-lo no mesmo dia para o responsável do plantão.
- f) A listagem para cronograma de saídas para grupos e lazer estará afixada na disciplina de cada programa de tratamento no dia determinado pela Equipe.

13)CIGARROS:

- a) Os estabelecimentos deverão seguir a Legislação Estadual Lei nº 13541 de 07.05.2009.

14)MEDICAMENTOS:

- a) Durante o processo de triagem, o (a) candidato (a) à CT e seus responsáveis

devem informar se o interessado faz algum uso de medicação. Em caso afirmativo, no dia da internação, o(s) medicamento(s) e o(s) receituário(s) serão entregues à Equipe, como condição importante para efetivar a internação.

b) Todo e qualquer medicamento ficará guardado e administrado pela Equipe sempre sob orientação médica. Desta forma, nenhum remédio será fornecido sem autorização médica. E o residente deverá solicitar o medicamento no horário indicado e ingeri-lo junto ao membro da Equipe.

c) Todo e qualquer medicamento ficará sob guarda e administrado pela Equipe supervisora. Desta forma, nenhum remédio será fornecido sem autorização médica (receituário).

d) A entrega dos medicamentos será realizada pelo responsável indicado pela equipe supervisora, levando em consideração que os mesmos deverão ser armazenados em armário fechado a chave.

DOAÇÕES:

a) Toda e qualquer doação deverá ser entregue à equipe responsável.

b) O residente que precisar de qualquer produto deverá solicitá-lo a equipe responsável.

DIA DE VISITA:

a) Programação de visita de acordo com o cronograma da C.T.

b) Pertences trazidos pelos responsáveis devem ser entregues à equipe.

c) Os familiares e/ou responsáveis devem ficar atentos em evitar rigorosamente doações de cigarros, alimentos e outros objetos a qualquer residente, inclusive o seu familiar.

d) A manobra, direção ou permanência de residentes em veículos, é expressamente proibida.

- e) Fotos e filmagens no interior da C.T. somente com autorização e acompanhamento, respeitando-se o anonimato dos residentes.
- f) Os visitantes só poderão utilizar telefones celulares, lap tops ou similares com a autorização da equipe.

SAÍDAS PARA VISITA:

- a) O estabelecimento deverá realizar o trabalho de reinserção social, cabendo a equipe supervisora considerar o programa terapêutico e a avaliação de cada residente.
- b) O tempo de permanência fora da C.T. deverá estar indicado no programa terapêutico.

c) DESLIGAMENTO DO TRATAMENTO:

- a) Quando o residente receber alta, pedir seu desligamento (desistência) ou for desligado (excluído) do tratamento pela Equipe, os responsáveis serão avisados de tal procedimento e deverão adotar providências para a saída do mesmo .
- b) Caso o residente queira solicitar o desligamento, o mesmo deverá estar dentro do espaço físico de seu programa de tratamento, não podendo fazê-lo em visita familiar.
- c) Os casos de desligamento imediato (exclusão) da CT: situações de violência, sexo e uso de álcool e outras drogas dentro da CT e a critério da mesma.
- d) Em caso de evasão, a Equipe comunicará aos responsáveis e providenciará o Boletim de Ocorrência (BO) em 24 horas. Quando a internação for por determinação judicial, o Juiz deverá ser informado, assim como a instituição que encaminhou o residente

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Galduróz J.C.F., Noto A.R., Nappo S.A., Carlini E.A. Levantamento Domiciliar

Nacional sobre o uso de Drogas Psicotrópicas – Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: CEBRID, UNIFESP; 2000.

2 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n.º 101, de 30/05/2001**. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecido como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. Brasília: ANVISA; 2001.

3 - Secretária Nacional Antidrogas. Relatório Preliminar do I Fórum Nacional Antidrogas. Brasília: Casa Militar, Presidência da República; 1998.

4 – Casa Civil. **Lei nº 11.343, de 23/08/2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2006.

5 – Congresso Nacional. **Lei n.º 6.437, de 20/08/1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1997.

6 – Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República; 1988.

7- REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIASPSICOATIVAS, SEGUNDO MODELO PSICOSSOCIAL.

Disponível em: <http://www.febract.org.br/resolucoes.htm>

8. O'Brien W B, Perfas F B. The Therapeutic Community. In Substance Abuse A comprehensive Textbook. Lowinson J H et al, 2004
9. Laranjeira, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000; 22 (2), 62-71

Buenos Aires, 30 de junho de 2017

Firma y aclaración del alumno: Ana Laura Parlato



Firma y aclaración del Director o Tutor: Juan Pablo Barryero



Dr. Juan Pablo Barryero
Má. en Psicología (1982)
Má. 24076

Firma y aclaración del Coordinador de la Carrera: Elena Stein-Sparvieri

Firma y aclaración del Director de la Carrera: David Maldavsky

Firma y aclaración del Secretario Académico: