

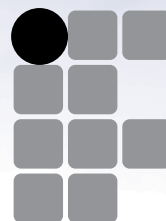


·rede
e-Tec
Brasil

Técnica de Avaliação e Técnica de Abordagem

Alceu Waldir Schultz Júnior

Sílvia Grace de Carvalho Ribeiro



**INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ**

**Curitiba-PR
2012**

© 2012 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PARANÁ -
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Este Caderno foi elaborado pelo Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola
Técnica Aberta do Brasil – e-Tec Brasil.

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Profª. Mara Christina Vilas Boas
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino - PROENS

Prof. Gilmar José Ferreira dos Santos
Pró-Reitoria de Administração - PROAD

Prof. Silvestre Labiak
**Pró-Reitoria de Extensão, Pesquisa e
Inovação - PROEPI**

Neide Alves
**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e
Assuntos Estudantis - PROGEPE**

Bruno Pereira Faraco
Pró-Reitoria de Planejamento e
Desenvolvimento
Institucional - PROPLAN

Prof. José Carlos Ciccarino
Diretor Geral do Câmpus EaD

Prof. Marcelo Camilo Pedra
**Diretor de Planejamento e Administração
do Câmpus EaD***Catálogo na fonte*

Profª. Mércia Freire Rocha Cordeiro Machado
**Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do
Câmpus EaD**

Profª. Cristina Maria Ayroza
**Assessora de Ensino, Pesquisa e Extensão
– DEPE/EaD**

Profª. Márcia Denise Gomes Machado Carlini
**Coordenadora de Ensino Médio e Técnico
do Câmpus EaD**

Prof. Rubens Gomes Corrêa
Coordenador do Curso

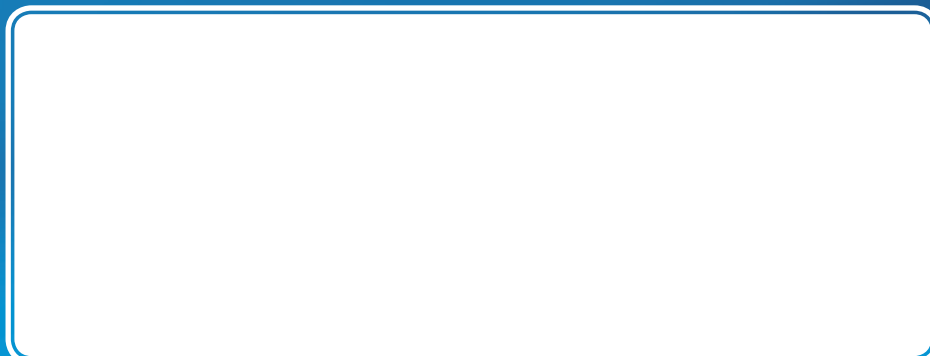
Adriana Valore de Sousa Bello Cassiano Luiz
Gonzaga da Silva
Denise Glovaski Faria Souto
Jéssica Brisola Stori
Assistência Pedagógica

Profª. Ester dos Santos Oliveira
Profª. Sheila Cristina Mocellin
Profª. Wanderlane Gurgel do Amaral
Revisão Editorial

Diogo Araujo
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

Catálogo na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal do Paraná



Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional pública de ensino, a Escola Técnica Aberta do Brasil, instituída pelo Decreto nº 6.301, de 12 de dezembro 2007, com o objetivo de democratizar o acesso ao ensino técnico público, na modalidade a distância. O programa é resultado de uma parceria entre o Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação a Distância (SEED) e de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), as universidades e escolas técnicas estaduais e federais.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geograficamente ou economicamente, dos grandes centros.

O e-Tec Brasil leva os cursos técnicos a locais distantes das instituições de ensino e para a periferia das grandes cidades, incentivando os jovens a concluir o ensino médio. Os cursos são ofertados pelas instituições públicas de ensino e o atendimento ao estudante é realizado em escolas-polo integrantes das redes públicas municipais e estaduais.

O Ministério da Educação, as instituições públicas de ensino técnico, seus servidores técnicos e professores acreditam que uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, – é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br



Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou “curiosidades” e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.



Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.



Mídias integradas: sempre que se desejar que os estudantes desenvolvam atividades empregando diferentes mídias: vídeos, filmes, jornais, ambiente AVEA e outras.



Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.



Sumário

Palavra do professor-autor	11
Aula 1 - Estágios motivacionais	13
1.1 Primeiro estágio: Pré Contemplação.....	13
1.2 Segundo estágio: Contemplação.....	14
1.3 Terceiro estágio: Preparação.....	14
1.4 Quarto estágio: Ação.....	14
1.5 Quinto estágio: Manutenção.....	15
Aula 2 - Entrevista Motivacional I	17
2.1 Conceito.....	17
2.2 Motivação e ambivalência.....	18
2.3 Cinco princípios da Entrevista Motivacional.....	18
Aula 3 - Entrevista Motivacional II	21
3.1 Estratégias da Entrevista Motivacional.....	21
3.2 Estratégias Gerais de Motivação.....	21
3.3 Estratégias da Fase 1:.....	22
3.4 Estratégias para lidar com a resistência.....	23
3.5 Estratégias da Fase 2.....	23
Aula 4 - Avaliação Psicológica	25
4.1 Principais técnicas de Avaliação Psicológica.....	26
Aula 5 - Jogo Terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em usuários de drogas (Jogo da Escolha) - I	29
5.1 Jogo terapêutico.....	29
5.2 Objetivo do jogo.....	31
Aula 6 - Métodos para a utilização do jogo terapêutico "Jogo da Escolha" II	33
6.1 Primeira fase: Criação da técnica (1999).....	33
6.2 Segunda fase: Refinamento da técnica.....	34
6.3 Terceira fase: Avaliação do conteúdo.....	34
6.4 Quarta fase: Determinação da ordem das cartas.....	35
Aula 7 - Instrução da técnica "Jogo da Escolha" III	37
7.1 O "Jogo da Escolha" formato.....	37
7.2 Instruções da técnica.....	38
7.3 Discussão dos resultados.....	38
Aula 8 - Testes de dependência de drogas - Alcoolismo	41
8.1 Introdução.....	41
8.2 Mitos e realidades.....	42

8.3 Tratamento.....	42
8.4 Teste CAGE (para a dependência de álcool).....	43
Aula 9 - Tabagismo (utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström)	45
9.1 Introdução.....	45
9.2 Aplicabilidade do teste de dependência à nicotina de Fagerström (FTND).....	46
9.3 Itens e escore do FTND.....	46
9.4 FTND na avaliação no abandono do tabagismo em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.....	47
Aula 10 - Escala de avaliação de dependências: álcool e outras drogas – DUSI-R (Drug Use Screening Inventory – Revised)	49
10.1 Introdução.....	49
10.2 Seleção dos instrumentos.....	49
Aula 11 - Continuação da aplicação do Teste DUSI-R (6 áreas da Parte II)	55
Aula 12 - Modalidades e ambientes de tratamento para o dependente químico	59
12.1 Principais dispositivos da rede SUS para os usuários de drogas.....	59
12.2 Serviços Hospitalares.....	62
12.3 Rede complementar ou de suporte social.....	63
12.4 Comunidades Terapêuticas.....	64
Aula 13 - Prevenção da Recaída I	67
13.1 Principais alicerces da PR.....	68
Aula 14 - Prevenção da Recaída II	71
14.1 Trabalho central da PR.....	71
14.2 Avaliação da SAR.....	72
14.3 Inventário das habilidades para lidar com situações de risco.....	73
Aula 15 - Abordagem familiar em dependência química I	75
15.1 O meio familiar no enfoque terapêutico.....	75
15.2 Características presentes em familiares de dependentes químicos.....	76
15.3 Influência do meio.....	77
15.4 Interferência das drogas na família.....	77
Aula 16 - Abordagem familiar em dependência química II	81
16.1 Fases do processo histórico familiar.....	81
16.2 História da Terapia Familiar.....	83
Aula 17 - Abordagem familiar em dependência química III	85
17.1 Modalidades Terapêuticas.....	85
17.2 Abordagem cognitivo comportamental.....	87

Aula 18 - Abordagem familiar em dependência química IV	91
18.1 Modalidades terapêuticas	91
18.2 Papel terapêutico	92
18.3 Visão geral do problema: Questões elucidativas	92
Aula 19 - Redução de danos I	95
19.1 O impasse nos tratamentos do uso/abuso das SPAs	95
19.2 O tratamento moral Pineliano	96
19.3 As Colônias Agrícolas	96
19.4 As Comunidades Terapêuticas	96
19.5 As Fazenda de Recuperação (Fazendas Terapêuticas)	97
Aula 20 - Redução de Danos II	99
20.1 Breves considerações psicanalíticas	100
20.2 Os programas de Redução de Danos	101
20.3 Sobre o direito à cidadania dos usuários de drogas	101
Aula 21 - Avaliação clínica de usuários nocivos e dependentes de álcool	103
21.1 Dependência ou uso nocivo	103
21.2 Sintomas de abstinência	104
21.3 Avaliação	105
21.4 Escalas utilizadas na avaliação da dependência alcoólica	106
Aula 22 - Avaliação clínica de usuários e dependentes de cocaína	107
22.1 Epidemiologia do uso da cocaína	107
22.2 Cocaína: efeitos no cérebro e formas de uso	108
22.3 Sintomatologia Clínica: Intoxicação, Abstinência, Abuso e Dependência de Cocaína	109
Aula 23 - Avaliação clínica de usuários de maconha	113
23.1 A avaliação clínica	114
23.2 Instrumentos	114
23.3 Maconha e transtornos do humor	114
23.4 <i>Canabis</i> e outros transtornos	115
23.5 Tratamentos	115
Aula 24 - Ambivalência: o dilema da mudança	117
24.1 Identificação da Ambivalência	117
24.2 Compreensão da Ambivalência	118
24.3 Apego às drogas	118
24.4 O Conflito: Aproximação/Evituação	119
24.5 Valores	120
24.6 Expectativas	120
24.7 Autoestima	120
24.8 Trabalhar com a Ambivalência	120

Aula 25 - A Intervenção Breve e a Entrevista Motivacional Breve	121
25.1 O impacto das intervenções breves	121
25.2 Ingredientes Ativos do Aconselhamento Breve Eficaz	121
25.3 A Entrevista Motivacional Breve	122
25.4 A condução de uma sessão	122
25.5 Tocando no assunto do uso de substâncias	123
25.6 Explorando preocupações e opções de mudança	123
25.7 Encerramento da sessão	123
Aula 26 - Abordagem Integrada	125
26.1 Certos elementos componentes e certas características diferenciadas da abordagem integrada	126
26.2 Centralidade da relação terapêutica	126
26.4 Técnicas de entrevista motivacional	127
26.5 Encorajando o envolvimento nos programas de autoajuda	128
26.6 Evitando certas armadilhas e dilemas terapêuticos	128
Aula 27 - Avaliação	129
27.2 Iniciando a abordagem do uso de substâncias psicoativas	129
27.3 Questionário sobre uso de substâncias autoadministrado	130
27.4 Razões para buscar ajuda	130
27.5 Perfil do uso de substâncias	131
27.6 O papel dos membros da família no atual uso do paciente	131
Aula 28 - Programas de prevenção no ambiente de trabalho	135
28.1 Reconhecendo a prevenção nas empresas	135
28.2 Aspectos positivos das ações de prevenção no ambiente de trabalho	136
Aula 29 - Álcool e redução de danos no ambiente de trabalho	139
29.2 Breve histórico	140
Aula 30 - Abordagem, atendimento e reinserção social	143
30.1 Abordagem	143
30.3 Profissional em relação ao trabalhador e sua família	145
30.4 Encaminhamento	145
30.5 Acompanhamento	145
30.6 A reinserção social	146
Considerações finais	147
Referências	149
Atividades autoinstrutivas	155
Currículo do professor-autor	165

Palavra do professor-autor

Queridos alunos

Enquanto o panorama mundial nos apresenta tantos seres fugindo para outros estados de consciência, por vezes forjando a própria identidade, também nos deparamos com tantas pessoas que viram as costas aos problemas da humanidade, temos que admitir a nossa grande alegria, por que existem pessoas como vocês, querendo dar um basta a esta situação ajudando a quem deseja encontrar uma saída, escolhendo o ensino como caminho. Sendo assim, nos sentimos gratos pela confiança e orgulhosos de nosso propósito, que busca, através do conhecimento, continuarmos a ter esperança.

É uma honra para nós educadores, tê-los como alunos.

Desejamos a todos uma grande jornada!

Professores Alceu e Silvia



Aula 1 - Estágios motivacionais

Nesta aula apresentaremos os cinco momentos (estágios) em que vive o dependente químico.



Figura 1.1: Estágios motivacionais

Fonte: <http://www.ritaalonso.com.br>

Os psicólogos James Prochaska e Carlos Di Clemente sistematizaram o campo das psicoterapias das dependências. Através de uma análise comparativa entre 29 teorias e modelos sobre “Mudanças no comportamento” construindo assim o Modelo transteórico, que propõe que a mudança comportamental é um processo e que para mudar é passado por diferentes níveis, possibilitando a formação de intervenções diferentes, aprimoradas a cada estágio que o indivíduo se encontra.



1.1 Primeiro estágio: Pré Contemplação



Figura 1.2: Pré-contemplação

Fonte: <http://iasdjuvevecuritibapr.blogspot.com.br/>

Neste primeiro estágio o indivíduo não considera ter um problema, muito menos, a possibilidade de mudança. É quando o tratamento ainda não é aceito, pois, o dependente acredita que pode parar na hora em que ele qui-

ser. Portanto se sente cobrado e pode se tornar agressivo. Quanto às atitudes de roubo, mentira e manipulação, ainda não são percebidas e aceitas pelo mesmo, embora sejam atitudes visíveis e presentes no seu contexto familiar.

1.2 Segundo estágio: Contemplação



Figura 1.3: Desejo de mudança

Fonte: <http://juntosdq.blogspot.com.br/>

É o estágio da ambivalência, ou seja, ao mesmo tempo em que o problema já se tornou consciente, o indivíduo considera a mudança em seu comportamento e a rejeita. Ainda não há um compromisso, e sim, um desejo de mudança.

1.3 Terceiro estágio: Preparação



Figura 1.4: Preparação

Fonte: <http://casainordem.blogspot.com.br/>

O problema foi reconhecido, o indivíduo está decidido a dar os passos certos que o levarão à mudança de comportamento, porém, ainda não sabe por onde começar. Esta é a hora na qual se deve oferecer o tratamento.

1.4 Quarto estágio: Ação



Figura 1.5: Alcançar a mudança

Fonte: <http://www.sucessoarreiraevida.com.br/>

Neste momento o indivíduo busca ações específicas para alcançar a mudança, pois já aceita a ideia de ficar sem o uso da substância que ele utiliza. Estas ações são encontradas nos CAPS-AD: (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas) Clínica de Reabilitação e Comunidades Terapêuticas.

1.5 Quinto estágio: Manutenção



Figura 1.6: Manutenção
Fonte: <http://neuroblog.com/>

O indivíduo já realizou a mudança e ele procura mantê-la construindo um novo padrão de comportamento com enfrentamento de situações de risco evitando recaídas.

Situação de risco é qualquer situação que coloque em perigo o controle e a manutenção do objetivo. Ex.: lugares, pessoas, hábitos antigos.

Resumo

Nesta aula apresentamos os cinco estágios da dependência química, segundo os psicólogos Prochaska e Di Clemente: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção.

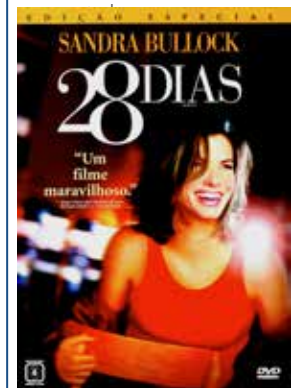
Atividades de aprendizagem

1. Quais são os cinco estágios motivacionais e descreva cada um deles.

2. O que é situação de risco? Exemplifique.



Assista ao filme "28 dias" com Sandra Bullock e compare com o assunto da aula



Para saber mais sobre Estágios motivacionais, acesse o link a seguir: <http://neuroblog.com/author/oconsultorio/>



Aula 2 - Entrevista Motivacional I

Na aula de hoje começaremos a tratar de um dos principais meios de ajudar um dependente químico: a Entrevista Motivacional.

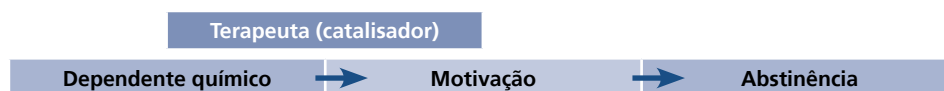


Figura 2.1: Terapeuta como catalisador

Fonte: Elaborada pelos autores.

2.1 Conceito

Com o objetivo de colocar o cliente em direção a uma mudança duradoura, a Entrevista Motivacional é um meio eficaz de ajudar as pessoas a reconhecerem e fazer algo a respeito de seus problemas, pois explora e resolve a ambivalência através de um aconselhamento diretivo e centrado no cliente. A Entrevista Motivacional foi desenvolvida pelos psicólogos Willian Miller e Stephen Rollink na década de 90.

É importante ressaltar que o estilo do terapeuta é que fará a diferença. Pois o mesmo deverá estabelecer uma relação de empatia e não confrontativa (não confrontar) e ao mesmo tempo direta e centrada ao cliente.



Se esta abordagem for eficaz, com metodologia prática e objetiva, a qualquer profissional treinado, será permitido à atuação no tratamento de dependentes químicos.

É importante ressaltar que o foco da Entrevista Motivacional é para a população que não pensa ainda em mudar ou que está indecisa (ambivalência).



Figura 2.2: Chaves da motivação

Fonte: Elaborada pelos autores.

2.2 Motivação e ambivalência



Figura 2.3: Motivação e ambivalência

Fonte: <http://amaraljorge.blogspot.com.br/>



Para saber um pouco mais sobre a entrevista motivacional, acesse o link: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n6/330.html>

Por ser uma ocorrência normal, a ambivalência é aceitável e compreensível por se tratar de um sentimento conflitante relacionado a mudanças de comportamento e tomadas de decisão. Por isso dentro da Entrevista Motivacional o objetivo do terapeuta é explorar essa ambivalência e esses conflitos, encorajando o cliente a tomar uma decisão em busca da abstinência.

2.3 Cinco princípios da Entrevista Motivacional

Os cinco princípios da entrevista motivacional, são:

1. Expressar empatia: compreender os sentimentos do cliente sem julgar, criticar ou culpar.
2. Desenvolver a discrepância: criar uma discordância entre o estado atual e o objetivo que o cliente quer alcançar.
3. Evitar a argumentação: o terapeuta deve manter o foco na mudança, havendo resistência por parte do cliente, deve-se mudar a estratégia. Lembrando sempre que a marca da Entrevista Motivacional está na gentileza e persuasão do terapeuta.
4. Fluir com a resistência! Através de sua habilidade, o terapeuta poderá usar as declarações resistentes do cliente em seu próprio benefício, direcionando-o a considerar novas informações na solução do problema.
5. Promover a autoeficácia: Dentro de uma tarefa específica, cabe ao terapeuta estimular o cliente a acreditar que superou obstáculos e alcançou com sucesso o seu projeto de mudança.



Assista ao vídeo a seguir e veja a Pesquisadora Sibebe Faller falando sobre Entrevista Motivacional e a sua importância. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=7YGwTWDDLZQ>



Aula 3 - Entrevista Motivacional II

Hoje daremos continuidade finalizando o tema: Entrevista Motivacional, abordando suas estratégias.



Figura 3.1: Entrevista motivacional

Fonte: <http://enquantoisso.com/>

3.1 Estratégias da Entrevista Motivacional

Existem técnicas específicas que aumentam a motivação levando o indivíduo a uma maior probabilidade de mudança de comportamento. Para isso deve-se considerar a sua personalidade, o momento em que está vivendo, o estágio de mudança em que se encontra e a experiência do terapeuta.

O aconselhamento em entrevista Motivacional é dividido em duas fases: a primeira focada no aumento da motivação para a mudança e a segunda trabalha a consolidação do compromisso com a mesma.

3.2 Estratégias Gerais de Motivação

Miller (2000) descreveu oito estratégias, conforme o quadro a seguir.



Quadro 3.1: Estratégias gerais de motivação

Tipos de estratégia	Conceito
1. Oferecer orientação	De uma forma clara, moderada, sistemática e breve identificar o problema e a área de risco assim que surgir a oportunidade, justificando a importância da mudança e apresentando alternativas.
2. Remover Barreiras	Percebendo as dificuldades da participação do cliente ao tratamento, ajudá-lo na resolução desses fatos que podem ser: custos, distância do local de tratamento, falta de trabalho etc.
3. Proporcionar escolhas	Dar ao cliente liberdade de escolha do caminho a seguir, logo que sugeridas as alternativas.
4. Diminuir o aspecto desejável do comportamento	manejaando a ambivalência diminui-se os motivos de continuar com o comportamento atual e aumentam-se os benefícios de mudar o comportamento.

5. Praticar a empatia	tendo como ideia não julgar, criticar ou culpar, através de uma escuta atenta, respeitosa e reflexiva, cabe apenas a compreensão dos sentimentos do cliente.
6. Proporcionar feedback	através de expressões verbais de preocupação, exame clínico, testes objetivos e check-ups proporcionar ao cliente o conhecimento de sua evolução em relação ao seu comportamento.
7. Esclarecer objetivos	ajudando a estabelecer metas para sua vida comparando seu estado atual com o que ele percebe como normal e aceitável.
8. Ajudar ativamente	através de cartas, telefonemas e encaminhamentos, o terapeuta demonstra sua preocupação motivando o cliente a dar continuidade ao tratamento.

Fonte: Adaptado de Miller (2000).

3.3 Estratégias da Fase 1:

A ambivalência é facilmente notada na fase inicial do tratamento, portanto, encontraremos a maioria dos clientes nos estágios da Pré-Contemplação e Contemplação.

As principais estratégias que estimulam a motivação para a mudança nesta fase são:

- 1. Fazer perguntas abertas:** aonde o cliente é encorajado a falar o máximo possível, devido ao modo com que a pergunta foi feita.
- 2. Escutar reflexamente:** ouvindo com atenção e entendendo o significado da fala do cliente, a partir daí, colocar a ele uma afirmação que resuma o seu relato, torna-se assim a habilidade mais desafiadora na Entrevista Motivacional.
- 3. Encorajar ou reforçar positivamente:** Utilizando a compreensão o terapeuta elogia o cliente em forma de apoio.
- 4. Resumir:** é um reforço do processo terapêutico até o presente momento, fazendo-o perceber que está sendo ouvido e estimulando a seguir em frente.
- 5. Eliciar informações automotivacionais:** é quando frases que expressam o desejo do cliente em mudar, são provocadas e estimuladas pelo terapeuta.



Saiba mais sobre entrevista motivacional, acessando o link a seguir. Leia o artigo intitulado "Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas". Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000600004>.



Figura 3.2: Inauguração do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) no Centro Histórico de Salvador

Fonte: <http://www.comunicacao.ba.gov.br/>

3.4 Estratégias para lidar com a resistência

Resistir à mudança é algo previsto dentro de tratamento e é de responsabilidade do terapeuta controlar essa resistência lidando com a mesma sob 2 formas:

1. **Respostas reflexivas:** Analisar a verbalização da resistência por meio de reflexão simples (repetindo a fala dita pelo cliente); reflexão amplificada (repetindo com um pouco de exagero, a fala dita pelo cliente); reflexão dupla (refletindo a fala, porém, acrescentando o outro lado da ambivalência).
2. **Respostas Estratégicas:** Quando o terapeuta desvia o assunto que está causando estresse chamado de mudança de foco.

Quando o cliente se sente seguro que a decisão sobre a vida e o tratamento está em suas mãos, chamamos de Ênfase no Controle e na Escolha Pessoal. Quando se concorda inicialmente com o cliente, mas com uma ligeira mudança de direção chamamos de Concordância com algo mais. Quando a ideia trazida pelo cliente é reconhecida e devolvida com um novo sentido chamamos de Reformulação.

Quando o terapeuta descreve ao cliente que ele está se opondo à mudança e desejando manter o comportamento como está, chamamos de Paradoxo Terapêutico. Vale a pena ressaltar que é uma Estratégia muito arriscada, somente sendo recomendada a profissionais com vasta experiência neste campo.

3.5 Estratégias da Fase 2

É fortalecer o compromisso do cliente com a mudança, pois o mesmo se encontra entre o final do Estágio da Contemplação e o início da Preparação para a Ação.

1. **Recapitulação:** é quando através de um diálogo entre cliente e terapeuta na observação do caminho que já foi percorrido definem uma nova direção mesmo que a Ambivalência ainda exista.
2. **Perguntas-chave:** são questionamentos como: o que o cliente pretende fazer? Quais são suas opções e expectativas? Qual será o próximo passo? E como o terapeuta poderá ajudá-lo neste processo.
3. **Informações e orientações:** A partir do interesse do cliente em recebê-las, o terapeuta deve orientá-lo oferecendo-lhe sempre um conjunto de opções.



Para saber um pouco mais sobre Entrevista Motivacional, acesse o link a seguir e leia o artigo intitulado "Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas". Disponível em: <<http://adroga.casadia.org/tratamento/entrevista-motivacional-escalas-motivacao-tratamento-dependencia-drogas.htm>>

- 4. Negociação de um plano de mudanças:** através de metas transparentes, com opções analisadas, finalmente se monta um plano para modificação do comportamento.
- 5. Fechamento:** é obter do cliente o compromisso com a meta que foi estabelecida.

Resumo

Nesta II parte da aula vimos todas as estratégias que são usadas na Entrevista Motivacional; Estratégias gerais de Motivação; Estratégias da Fase 1; Estratégias para lidar com a resistências e Estratégias da Fase 2.



Atividades de Aprendizagem

1. Cite as oito Estratégias gerais de motivação.

2. Em que estágios de mudança se encontram os dependentes químicos que estão na Fase 1 e na Fase 2 do tratamento?

Anotações

Aula 4 - Avaliação Psicológica

Nesta aula veremos o que é Avaliação Psicológica e algumas técnicas usadas para este tipo de avaliação.



Figura 4.1: Avaliação psicológica

Fonte: <http://clinicadilascio.com.br/>

As principais características de uma Avaliação Psicológica são:

- É um processo dinâmico.
- É um processo de conhecimento do outro.
- É um processo científico.
- É um trabalho especializado
- É a obtenção de amostras do comportamento.



Figura 4.2: Teste Psicológico

Fonte: <http://www.lucianarondon.com.br/>

Os passos a serem observados em um processo de avaliação psicológica, são:

- De forma clara e realista identificando os objetivos da Avaliação.
- Selecionar apropriadamente os instrumentos.

- Ser cuidadoso na aplicação dos instrumentos selecionados.
- Corrigir tais instrumentos adequadamente e atenciosamente.
- Interpretar os resultados minuciosamente.
- Usar com critério os dados coletados.
- Produzir relatório verbal ou escrito.



Para saber sobre Avaliação Psicológica, acesse o link a seguir e leia o artigo: <http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/12307/avaliacao-psicologica>

4.1 Principais técnicas de Avaliação Psicológica

Dada a importância de um bom planejamento, bem como a sua execução e da integração e análise dos dados obtidos é que será possível redigir ou entregar os resultados da Avaliação Psicológica. Abordaremos três técnicas de Avaliação: Testes psicológicos, observação e entrevista.

a) Testes Psicológicos:



Figura 4.3: Entrevista em grupo

Fonte: <http://www.grupoapoema.com.br/>



Os testes psicológicos são instrumentos de Avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo, em decorrência do que dispõe o 1º parágrafo do art. 13 da lei nº 4.119/62 (Resolução CFP 002/2003).

A função do teste é medir as diferenças entre indivíduos ou entre as reações do mesmo indivíduo em diferentes ocasiões.

Os testes psicológicos são classificados de dois modos:

- Testes com repostas corretas, que servem para avaliar o funcionamento cognitivo, o conhecimento, as habilidades ou as capacidades do indivíduo.
- Testes nos quais não há repostas corretas, que são questionários, testes de personalidades, preferências, atitudes e opiniões.

Para que seja fidedigno um teste psicológico é preciso:

- Oferecer uma formação integradora reflexiva ao indivíduo.
- Ser dinâmico.
- Desenvolver novos instrumentos de avaliação.
- Conhecimento em formação continuada.
- Avaliar os instrumentos que existem no mercado.

Para tanto, foi organizado o Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI).

b) Observação:

Observar significa perceber o comportamento do indivíduo diante de: atenção, senso percepção, consciência, orientação, memória, pensamento, linguagem, afetividade, conduta, aparência geral, área sensorial e motora.

Sendo assim, é na Observação, que o psicólogo poderá sentir as capacidades do indivíduo em relação a sua psique a determinados estímulos, ao seu estado de clareza e como ele se situa ao meio, às suas ideias e elaborações de conceitos.

Também perceberá suas articulações mediante aos problemas, aos sentimentos e à atividade psíquica.

c) Entrevista:

Para que haja um propósito definido de Avaliação a primeira técnica utilizada é a Entrevista, pois sendo uma conversação dirigida, proverá ao avaliador, subsídios técnicos a respeito da conduta do candidato. Portanto é necessário que a mesma seja sistemática e planejada para que não esteja somente sujeita a interpretações subjetivas do examinador em relação ao perfil examinado.



Para perceber a importância da Avaliação Psicológica acesse <http://www.neogestao.com.br>

Resumo

A aula sobre Avaliação Psicológica apresentou em destaque três técnicas a serem utilizadas: Testes Psicológicos, Observação e a Entrevista.

Aula 5 - Jogo Terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em usuários de drogas (Jogo da Escolha) - I

Hoje vamos dar início a uma técnica intitulada “Jogo da Escolha” desenvolvida para usuários de drogas, em especial para os jovens.

5.1 Jogo terapêutico



Figura 5.1: Cartas Positivas (1) e Negativas (2)

Fonte: <http://desenhodesign.com.br>

Esta técnica em formato de jogo de cartas foi desenvolvida por haver uma falta de intervenções originais numa população de alta prevalência, no que diz respeito ao uso de drogas: Os Jovens.

Através de um grande envolvimento de profissionais da área com adaptação da linguagem, avaliação de conteúdo e elaboração de suas instruções, tornou-se um jogo de muita utilidade que abrange também os adultos por promover enfrentamento de situações de risco.

Na adolescência, o ser humano encontra-se em fase de maior vulnerabilidade, o que o leva à curiosidade, à experimentação, podendo ou não, originar o abuso ou até mesmo à dependência de drogas.

Por isso, pesquisadores e clínicos se interessam cada vez mais, em estratégias que possam aumentar o sucesso nos programas de tratamento.

Na adolescência, o humor varia com frequência, a ocupação com atividades das mais diferentes áreas se diverge e o jovem acredita estar a salvo de qualquer tipo de risco. E é neste momento, de segurança ilusória que o indivíduo pode iniciar o uso das drogas.



Para saber mais sobre os jogos terapêuticos, acesse o link a seguir e leia o artigo na íntegra: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722007000400006&script=sci_arttext>

A Prevenção da Recaída (PR), desenvolvida por Marlatt e Gordon (1985), é uma abordagem amplamente utilizada nos tratamentos de dependência química. As características desta abordagem interligam o tratamento de habilidades comportamentais, com intervenções cognitivas e acima de tudo com as mudanças no estilo de vida.

É importante ressaltar que a recaída é considerada (por alguns autores) parte deste processo de mudança que na maioria das vezes pode ser interpretada como forma pela qual o paciente recomeça o tratamento, com outro nível de consciência em relação ao seu problema. Na recaída existe a possibilidade de identificar seus antecedentes, portanto permite sua prevenção e até mesmo a ação de evitá-la.



Figura 5.2: Consumindo cocaína

Fonte: <http://maisquecuriosidade.blogspot.com.br/>

Compreendemos que o indivíduo retorna ao uso de drogas quando surgem as situações de alto risco e, por não saber ainda lidar com elas, há uma ameaça à abstinência.

São nestes momentos que estratégias de enfrentamento para situações de risco não são visíveis e as sensações de autoeficácia diminuem, aumentando assim, a probabilidade de retomar os níveis básicos do comportamento alvo.

Em conjunto com o modelo das estratégias de mudanças (PROCHASKA E DI CLEMENTE), este jogo terapêutico se torna muito eficiente entre os usuários de drogas, em especial pelo seu apelo atrativo e dinâmico que aumenta a adesão ao tratamento e diminui as chances de recaídas. Diante disto, apresentaremos agora o desenvolvimento deste jogo terapêutico para usuários de drogas, promovendo com esta abordagem, possibilitar habilidades de enfrentamento para situações que remetem à abstinência do paciente, visando motivá-lo para a mudança, prevenindo a recaída.

Relembrando os Estágios de Mudanças, conforme o quadro a seguir:

Quadro 5.1: Estágios de mudanças	
Estágio	Características
Pré-contemplação	O usuário ainda não está consciente do problema e não pretende mudar seu comportamento.
Contemplação	O usuário tem a consciência do problema, mas está ambivalente (aceita e rejeita o tratamento ao mesmo tempo).
Preparação	O usuário já tem a intenção de realizar mudanças em seu comportamento, mas não sabe por onde começar. É a hora de sugerir alguma forma de tratamento.
Ação	O usuário, aceitando o tratamento, começa a realizar mudanças em seu estilo de vida.
Manutenção	A mudança já aconteceu e o objetivo é manter a abstinência.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Se entendermos cada estágio, surge a possibilidade da elaboração e ampliação das intervenções cabíveis ao nível de motivação do paciente.

5.2 Objetivo do jogo

O objetivo deste jogo é abordar crenças típicas de jovens usuários de drogas, desenvolvendo e ensinando habilidades frente a situações de riscos. Pensamentos e comportamentos relacionados ao uso de drogas, bem como situações relacionadas à pressão do grupo, também são trabalhadas nesta técnica. O jogo estimula o paciente a aprender que há no mínimo uma estratégia possível para enfrentar aquela situação e evitar o uso de drogas. Durante o jogo, o terapeuta deve estimular questionamentos que normalmente passam pela mente deles, como por exemplo: “não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio.” Desta forma o paciente deve pensar sobre este assunto e responder, por exemplo: “posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa.” Isto é trabalhar técnicas de resolução de problemas, aumentando seu repertório de habilidades frente a situações de risco e sua autoeficácia.

A palavra chave é motivação para mudar o comportamento em relação às drogas, auxiliando o paciente a efetivamente parar com o uso de substâncias psicoativas.

Resumo

Nesta aula pudemos estabelecer o conceito e o objetivo da técnica “Jogo da Escolha” utilizada principalmente para jovens dependentes químicos.



Para conhecer mais sobre o tema da dependência química assista ao filme “**Um amor de verão**”, com Susan Sarandon.



Aula 6 - Métodos para a utilização do jogo terapêutico “Jogo da Escolha” II

Nesta aula daremos continuidade à aula anterior, apresentando as quatro fases utilizadas para desenvolvimento desta técnica de Avaliação/Abordagem.

6.1 Primeira fase: Criação da técnica (1999)

Pesquisas realizadas em 3 grupos distintos com meninos de situação de rua com problemas relacionados às drogas, permitiram verificar a validade das estratégias por eles utilizadas. Esta abordagem foi apresentada sob a forma de assertivas, designadas como Positivas ou Negativas. As **Assertivas** Positivas refletiram os pensamentos e as habilidades utilizadas na tentativa de resistir ao uso de drogas e as Assertivas Negativas facilitam e mantêm o uso de substâncias psicoativas.

A-Z

Assertiva: Palavra que descreve afirmação.



Figura 6.1: Processo da deterioração com uso de drogas (8 anos)

Fonte: <http://blogdomrx.blogspot.com.br/2008/08/droga-coisa-de-viciado.html>

De posse dessas assertivas, foram elaborados dois baralhos de cartas. A produção desse baralho procurou refletir a ambivalência do paciente em relação às drogas. A 1ª versão foi submetida à apreciação da comunidade científica em um evento internacional (WILLIAMS; MEYER; PECHANESKY, 2007).

6.2 Segunda fase: Refinamento da técnica

Quadro 6.1: Exemplo do procedimento de obtenção da versão final das cartas

Carta original	Quando me dou conta do que causa minhas fissuras, não sou pego de surpresa: tenho menos chance de recair.
Sugestão do grupo 1	Quando me dou conta do que me faz usar drogas não sou pego de surpresa e tenho menos chance de voltar a usar.
Sugestão do grupo 2	Quando eu caio na real do que me dá vontade de usar não sou pego distraído e tenho menos possibilidade de voltar a usar.
Sugestão do grupo 3	Quando eu sei o que me tenta tenho mais chance de recair.
Tomada de decisão	Grupo com profissionais da CPAD.
Carta final	Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram realizados vários grupos com pacientes ambulatoriais de um centro de tratamento de dependência química, expostos às cartas originais desenvolvidas na 1ª fase, uma de cada vez. Os terapeutas perguntavam se os participantes haviam compreendido as frases, bem como se aqueles pensamentos já lhes haviam ocorrido.

6.3 Terceira fase: Avaliação do conteúdo

Nessa fase o objetivo era confirmar se o jogo estava se propondo àquilo que era pretendido. Com profissionais da área de saúde (psiquiatras, psicólogos e consultores em dependência química - TRDQ), avaliando as assertivas apresentadas, algumas habilidades foram percebidas no grupo, a seguir descritas:

- Resolução de problema e tomada de decisões;
- Desenvolvimento de estratégias de enfrentamento;
- Aumento da autoeficácia;
- Aumento da autoestima;
- Aumento da tolerância à frustração;
- Reflexão a respeito da autoimagem;
- Reflexão sobre as vantagens e desvantagens relacionadas ao uso de drogas;
- Reflexão sobre a sensação de controle sobre o uso de drogas;
- Diminuição de pensamentos **dicotomizados** (pensamentos contrários);
- Questionamento de crenças e pensamentos automáticos sobre o uso de drogas;
- Aumento do automonitoramento;
- Identificação de estratégias de enfrentamento;
- Manejo da fissura;
- Manejo da pressão social e desenvolvimento da capacidade de recusa para a oferta de droga;
- Controle da impulsividade;
- Aquisição da responsabilidade pelo seu problema;

A-Z

Dicotomizar: pensar ao mesmo tempo de duas maneiras diferentes.

De uma forma geral foi demonstrada que a técnica desenvolvida estava coerente com a base teórica proposta.

6.4 Quarta fase: Determinação da ordem das cartas

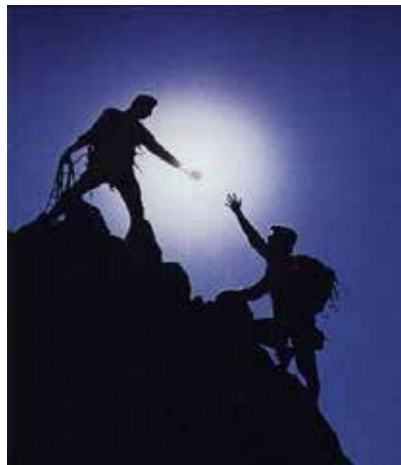


Figura 6.2: Determinação

Fonte: <http://blogdoerikson.blogspot.com.br/>

A ordem das cartas negativas foi baseada na lógica referente a “dar-se conta do seu problema”. As cartas de 1 a 7 apresentam pensamentos que sugere pouca consciência sobre o problema com as drogas. As cartas de 8 a 14 já expressarão uma consciência maior dos problemas envolvendo substâncias psicoativas. Sendo assim, os pacientes em estágio de mudança inicial (Pré-Contemplação) vão se identificar com as primeiras cartas. Em estágios mais avançados irão se identificar com as últimas cartas.

Quadro 6.2: Cartas positivas e negativas

Número	Cartas Positivas	Cartas Negativas
1	Estou aprendendo a enfrentar os meus problemas de cara limpa!	Existem situações que tem tudo a ver com drogas: festas, shows...
2	Depois que eu parei de usar drogas algumas coisas na minha vida mudaram para melhor!	Quando eu uso drogas me sinto bem!
3	Agora estou podendo ver que nem sempre as coisas são tudo ou nada.	Eu paro na hora que quiser, só que ainda não estou com vontade.
4	Não sou tão ruim assim... tenho meus pontos positivos.	Eu fico muito chato quando estou de cara.
5	Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair.	A única forma de eu me enturmar é usando drogas.
6	Quando eu consigo pensar antes, me saio melhor!	As drogas me fazem esquecer os meus problemas.
7	Quando eu sinto que não conseguirei dizer não, decido não sair com meus amigos.	Quando estou triste, nervoso, ou sozinho, as drogas me fazem sentir melhor.
8	Quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas me dou conta que não vale a pena.	Quando meus amigos me oferecem, não consigo dizer não.

9	Posso planejar evitar o uso de drogas com a ajuda do meu terapeuta.	Eu não sei o que acontece: quando eu me dou conta, estou usando drogas de novo!
10	Posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa.	Não é que eu queira usar drogas é que a fissura é muito forte...
11	Sei que ainda posso me esforçar para tentar parar de usar drogas.	Muitas vezes a droga é mais forte que eu.
12	Me dei conta que não é tão fácil controlar meu uso de drogas.	Se eu largar as drogas eu vou ficar com fissura e meu corpo vai sentir falta.
13	Já tive vontade, mas consegui não usar drogas quando...(complete)	Não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio.
14	Acho que pensar sobre o meu uso de drogas está me ajudando a...(complete)	Agora não adianta parar: eu já me detonei com as drogas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Resumo

Nesta aula vimos os métodos de utilização do jogo com cartas (Jogo da Escolha).



Atividades de Aprendizagem

1. Cite e comente as quatro fases utilizadas na técnica do Jogo Terapêutico (Jogo da Escolha).

2. Cite duas cartas Positivas e Negativas de um paciente que se encontra no estágio da Pré-Contemplação.

3. Cite duas cartas Positivas e Negativas de um paciente que se encontra num estágio mais avançado. Anotações

Aula 7 - Instrução da técnica "Jogo da Escolha" III

Nesta aula iremos finalizar esta técnica de avaliação/abordagem, demonstrando as formas que ela pode ser utilizada.

7.1 O "Jogo da Escolha" formato

Em seu formato atual ele é composto por 28 cartas, sendo 14 Positivas e 14 Negativas, possibilitando que o paciente reflita sobre suas experiências durante o jogo.

a) Cartas Positivas:

Estas cartas pretendem desenvolver habilidades como:

- Enfrentamento de situações de risco
- Aumento da autoeficácia
- Reflexão sobre o controle em relação ao uso de drogas
- Resignificação de pensamentos dicotômicos (tudo ou nada)
- Aumento do automonitoramento da capacidade de antecipar as consequências Negativas do uso das drogas

b) Cartas Negativas:

Evidenciam pensamentos comuns aos usuários de drogas justificando a possibilidade de socialização durante o uso, questões relacionadas à automedicação e à fissura que o indivíduo encontra quando sente ser a droga mais forte do que ele próprio.



Figura 7.1: Dependência do Crack

Fonte: <http://www.correiobraziliense.com.br/>

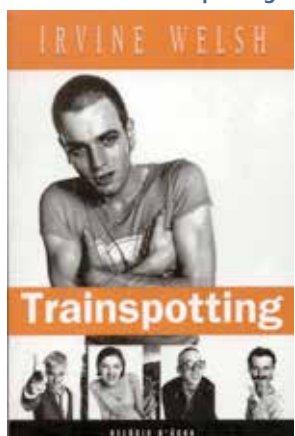


7.2 Instruções da técnica

A quantidade de cartas utilizadas varia de acordo com a sessão.



Para saber mais como os jovens iniciam o uso de drogas assistam o filme “**Trainspotting**”.



É recomendado que o aplicador desta técnica assuma uma postura motivacional, lembrando que neste momento as características da Entrevista Motivacional serve de grande apoio como embasamento de reforço para essa técnica.



7.3 Discussão dos resultados

Com o objetivo de descrever o desenvolvimento e a base teórica para a utilização desse jogo de cartas, principalmente para jovens usuários de drogas, apresentamos uma metodologia para estruturação de uma nova técnica que somada a outras abordagens, possam auxiliar o paciente a cessar o processo do uso de drogas. Este jogo terapêutico somado a uma metodologia científica rigorosa, permite que a técnica seja dinâmica, atrativa e tragam chances positivas para que a mudança de comportamento desses usuários seja alcançada.

É importante ressaltar que a linguagem a ser utilizada com os jovens seja acessível e informal para que abranja todas as camadas socioeconômicas e culturais. Também é relevante na apresentação das cartas ao paciente, a ordem motivacional baseada nos Estágios de Mudança, não sendo uma forma confrontadora entre terapeuta/paciente a melhor maneira de se trabalhar com adolescentes e/ou adultos usuários de drogas.

Curiosidade sobre o nome do filme: Originalmente, o termo “**trainspotting**” define aquelas pessoas que têm interesse por trilhos de trem e assuntos relacionados. No filme, o sentido é totalmente diferente: no Reino Unido, “Trainspotting” é uma gíria para o ato de tentar encontrar a veia para injetar drogas. Irvine Welsh, autor do livro, dá outra explicação: em Edimburgo (Escócia) havia uma estação de trem abandonada que passou a ser frequentada por mendigos e viciados, que usavam o termo “trainspotting” para dizer que estavam indo à estação buscar drogas.



Figura: 7.2: Cena do filme “Trainspotting”

Fonte: <http://www.munccrew.com/>



Aula 8 - Testes de dependência de drogas - Alcoolismo

Caros alunos, veremos nesta aula uma abordagem sobre o Álcool, seus usuários, como ajudá-los e uma técnica para medir o grau de dependência.



Figura 8.1: Alcoolismo

Fonte: <http://www.vidasemdrogas.org/>

8.1 Introdução

O Álcool é uma substância que confunde infinitamente, pois quando usado em pequena quantidade pode ser um estimulante prazeroso, já em grande quantidade age como sedativo e tóxico, ou seja, um agente venenoso. E esta confusão aumenta quando podemos classificá-lo como alimento, pois é rico em calorias e fonte poderosa de energia para o corpo. É usado pelas células no desempenho de suas funções complicadas. Porém, diferente da maioria dos alimentos, as quantidades de vitaminas e minerais nele contidas são mínimas e até mesmo desprezíveis, sendo assim, nada contribui para a nutrição das células. Portanto beber demasiado e contínuo leva inevitavelmente à desnutrição. Um Alcoolista desnutrido não quer alimento, quer álcool. O álcool é a droga mais comumente usada no mundo, porém, até mesmo os maiores usuários não entendem exatamente como ela os afeta. O álcool é um sedativo quando ingerido em grandes quantidades e um verdadeiro estimulante para os tecidos nervosos, se ingerido em quantidades menores. As ideias se multiplicam, aumenta-se a confiança e as frustrações se acomodam, crescendo os sentimentos de camaradagem, diversão e contentamento. Se não fosse por esses efeitos estimulantes do álcool, a maioria das pessoas em breve perderia o interesse de beber.

A-Z

Alcoólatra: é a expressão mais conhecida e mais usada, embora contenha sufixo "latra" que significa adorador. **Alcoólico:** que contém álcool - é bastante utilizado pelos grupos de autoajuda (A.A.; Al-Anon; Alateen). **Alcoolista:** é a expressão mais utilizada pelos especialistas.



Figura 8.2: Adultos bebendo

Fonte: <http://super.abril.com.br/>



Figura 8.3: Crianças bebendo

Fonte: <http://machineblack.blogspot.com.br/>

8.2 Mitos e realidades

Apresentaremos a visão do alcoolismo através de alguns mitos e realidades, oferecendo aos alcoolistas e aos que esperam compreendê-los e tratá-los, uma explicação transparente dessa doença. Poderemos assim obter algumas respostas para entender o que leva um indivíduo a beber e quando a bebida está lhe destruindo.

Mitos:

- O álcool tem o mesmo efeito químico e fisiológico sobre todo aquele que bebe. Realidade: o álcool, assim como qualquer outro alimento que ingerimos, afetam pessoas diferentes de maneiras diversas.
- A dependência do álcool muitas vezes é psicológica. Realidade: a dependência do álcool é principalmente fisiológica. Os alcoolistas se tornam dependentes por que seus corpos são fisicamente incapazes de processá-lo normalmente.
- Quando o alcoolista está bebendo revela a sua verdadeira personalidade. Realidade: o efeito do álcool no encéfalo causa sérias distorções psicológicas e emocionais da personalidade normal. A sobriedade revela a verdadeira personalidade do alcoolista.

8.3 Tratamento

Veremos agora como levar o alcoolista ao tratamento e quais são os meios mais adequados para que ele perceba a sua dependência a fim de vencê-la, conseguindo uma sobriedade permanente e duradoura. Se você quer auxiliar um alcoolista a perceber a sua doença e ter o desejo de tratá-la, deverá seguir 5 linhas básicas de orientação:

- Aprender a respeito da doença, ou seja, entender a natureza da química do álcool e como afeta as pessoas que utilizam de diferentes maneiras e por que o alcoolista continua a beber mesmo lhe causando danos.

- Evitar julgamento moral, entendendo que o alcoolista é uma pessoa doente e não uma pessoa má. Precisa de compaixão e compreensão e não de ira ou indiferença.
- Desenvolver um desprendimento emocional, pois se você quer ajudar não poderá se envolver emocionalmente nas desculpas e negativas que o alcoolista desenvolve neste processo da doença.
- Escolher um programa específico de tratamento sabendo as limitações dos vários programas que existem. Os programas ambulatoriais oferecem serviço de aconselhamento; a maioria dos hospitais gerais propicia breve desintoxicação dos pacientes quando internados; o programa dos A.A. (Alcoólicos Anônimos) ajuda o alcoolista a manter sua sobriedade depois do tratamento. Em Clínicas de reabilitação, Comunidades terapêuticas e em CAPs, vamos encontrar outros tipos de tratamento, que podem ajudar o dependente a ficar em abstinência.
- Procurar auxílio, onde é necessário preparar cuidadosamente uma estratégia de confrontação, já sabendo que pode haver naturalmente escusas, negativas, raiva e lágrimas, porém não esquecendo que o objetivo é levar o alcoolista à compreensão de sua dependência e aceitar o tratamento.



Assista ao filme “Despedida em Las Vegas” e perceba a relação com o assunto tratado em aula.



8.4 Teste CAGE (para a dependência de álcool)

Vamos iniciar o item, com o significado da sigla CAGE: C (*Cut down* = corte); A (*Annoyed* = perturbado, chateado); G (*Guilty* = culpado); E (*Eye* = olhar no interior).

Com apenas quatro perguntas este teste tem mostrado eficácia na avaliação de indivíduos que tem propensão para o desenvolvimento da dependência do álcool. O questionário CAGE foi desenvolvido pelo doutor John Ewing da Universidade da Carolina do Norte (EUA), tendo como base em quatro manifestações comportamentais de cada paciente. As respostas para as quatro perguntas devem ser: “sim” ou “não”. Para cada “sim” é atribuído 1 PONTO, bastando uma resposta afirmativa para que seja necessário algum tipo de intervenção.

As quatro perguntas no teste CAGE são:

1. Alguma vez o (a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

Sim

Não

2. As pessoas o aborrecem por que criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?

Sim

Não

3. O senhor(a) se sente chateado com sigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?

Sim

Não

4. O senhor(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sim

Não

Resumo

Nesta aula abordamos o álcool, alguns mitos e realidades, fatores que auxiliam as pessoas a compreender a doença e o encaminhamento do alcoolista ao tratamento, bem como um teste eficaz para medir o grau de dependência desses usuários do álcool.



Atividades de aprendizagem

1. O que você poderia dissertar a respeito do álcool como substância, após ter lido nesta aula sobre ele, buscando também referências de seu conhecimento?

2. Escreva com suas próprias palavras sobre as cinco linhas básicas de orientação para auxiliar um alcoolista.

Aula 9 - Tabagismo (utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström)

Prezados alunos, nesta aula vocês aprenderão a utilizar um teste que mede o grau de dependência à nicotina de cada indivíduo.



Figura 9.1: Tabagismo

Fonte: <http://jornalcidade.uol.com.br/>

9.1 Introdução

O tabagismo é considerado a maior causa de morte que pode ser evitada. É classificado como dependência de nicotina e está incluído no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde. Com pacientes tabagistas, é muito importante a utilização de um instrumento para avaliar o grau de sua dependência à nicotina. Considera-se que pacientes com o nível de dependência baixa poderão ser tratados apenas com abordagem cognitivo comportamental e os de grau mais elevado de dependência necessitarão de terapia farmacológica ou medicamentosa. Neste contexto, o teste de dependência à nicotina de Fagerström é utilizado mundialmente para avaliar a gravidade da mesma. O número de fumantes no mundo é estimado em 1 bilhão e 200 milhões e por esta razão é um problema de saúde pública e mundial.

A projeção pela OMS é de que será a principal causa de morte prematura na década de 2020. Este teste tem sido o mais utilizado pela sua facilidade e baixo custo para a sua aplicação. Foi desenvolvido e introduzido pelo autor em 1978, como questionário de tolerância de Fagerström e em 1991, foi realizada uma adaptação do mesmo, que passou a se chamar Teste de Dependência à Nicotina.



Figura 9.2: Fumante

Fonte: <http://www.megalozebu.com.br/>

9.2 Aplicabilidade do teste de dependência à nicotina de Fagerström (FTND)

O FTND é o teste mais usado para o levantamento de dependentes do tabaco e da nicotina, porque tem sido bem validado pela correlação com medidas biológicas, a associação com a retirada dos sintomas com a parada de fumar e a habilidade para lidar com as consequências da parada de fumar.

9.3 Itens e escore do FTND

Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

(1) Dentro de 5 minutos	3 PONTOS
(2) Entre 6 – 30 minutos	2 PONTOS
(3) Entre 31 – 60 minutos	1 PONTO
(4) Após 60 minutos	0 (zero)
(5) Não fuma	

Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

(1) Sim	(2) Não
1 PONTO	0 (zero)

Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

(1) O primeiro da manhã	(2) Outros	(3) Nenhum
1 PONTO	0 (zero)	

Quantos cigarros você fuma por dia?

(1) Menos de 10	(2) De 11 à 20	(3) De 21 à 30	(4) Mais de 31	(5) Não fuma
0 (zero)	1 PONTO	2 PONTO	3 PONTO	

Você fuma mais frequentemente pela manhã?

(1) Sim	(2) Não
1 PONTO	0 (zero)

Você fuma mesmo doente?

(1) Sim	(2) Não
1 PONTO	0 (zero)

Conclusão sobre o grau de dependência

0 – 2 pontos	Muito baixo
3 – 4 pontos	Baixo
5 – pontos	Médio
6 – 7 pontos	Elevado
8 – 10 pontos	Muito elevado

Obs.: Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.



Para saber mais sobre este Teste FTND on-line consulte o link <http://www.cdof.com.br/testes14.htm>

9.4 FTND na avaliação no abandono do tabagismo em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca

Após serem submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), entre pacientes tabagistas, notou-se uma significativa diminuição do número de fumantes. A proporção de pacientes que fumavam diminuiu de 24% para 12% depois da CRM. Esse trabalho utilizou critérios do FTND para avaliar o grau de dependência à nicotina no pré-operatório de CRM e abandono do tabagismo no pós-operatório, mostrando que a cirurgia cardíaca foi eficaz em promover o abandono do tabagismo e que os pacientes moderadamente dependentes abandonaram em maior número o uso do cigarro do que aqueles leves e graves, se descobrindo um novo campo de utilização do FTND.



Figura 9.3: cirurgia cardiovascular
Fonte: <http://quarttopoder.com/>

Resumo

Aprendemos nesta aula que existem diversas possibilidades de utilização do FTND, na intenção de avaliar a gravidade da dependência à nicotina em diferentes amostras populacionais.



Atividades de aprendizagem

1. Depois de ter lido nesta aula sobre o tabagismo, como ele é classificado pela Organização Mundial de Saúde?

2. Com base no que você aprendeu nessa aula, qual o objetivo de utilizar o teste FTND?

Anotações

Aula 10 - Escala de avaliação de dependências: álcool e outras drogas – DUSI-R (Drug Use Screening Inventory – Revised)

A partir desta aula vocês conhecerão e aprenderão a aplicar um teste de dependência para álcool e outras drogas. O DUSI-R.



Figura 10.1: Álcool e outras drogas

Fonte: <http://gajop.org.br/>

10.1 Introdução

Várias são as características a serem consideradas na escolha de uma escala de avaliação: o objetivo e a utilidade clínica, o período de tempo que se pretende avaliar, a população alvo, a existência de normas, o tipo de administração, o nível de treinamento necessário e o custo. Existem vários instrumentos especialmente elaborados para cada objetivo específico: triagem, diagnóstico, avaliação do consumo e dos comportamentos associados, comprometimento de outras áreas, manejo do tratamento e avaliação dos resultados.



Para saber mais sobre a Escala de Avaliação de dependentes químicos, acesse o site: http://adroga.casadia.org/tratamento/escalas_avaliacao_dependencia_drogas.htm

10.2 Seleção dos instrumentos



Figura 10.2: Família

Fonte: <http://www.aromauniversal.com.br/>

A avaliação pode ocorrer em diversas etapas e com diferentes objetivos, existindo uma gama de instrumentos disponíveis para cada situação. A escolha da escala a ser utilizada deve ser norteada por vários aspectos:

- a) **Objetivo e utilidade clínica:** Existem diferentes instrumentos desenvolvidos para cada tipo de avaliação específica, uma vez que instrumentos desenvolvidos para determinada finalidade em geral não são adequados quando utilizados para outro tipo de situação.
- b) **Período de tempo avaliado:** Há escalas mais adequadas para avaliação de um período recente e outras para períodos mais remotos ou que aconteceram “na vida”.
- c) **População-alvo:** Embora a maioria das escalas tenha sido desenvolvida para populações adultas, há outras especialmente destinadas, ou adaptadas, a grupos específicos como adolescentes e crianças, idosos, mulheres etc.
- d) **Existência de padrões (normas):** Especialmente importante quando se pretende comparar um indivíduo com a população da qual ele é oriundo.
- e) **Tipo de administração:** A escolha da forma de administração dependerá das circunstâncias, objetivo e disponibilidade de recursos humanos.
- f) **Treinamento necessário:** Em geral, recomenda-se pelo menos um treinamento básico e um projeto piloto para garantir a uniformidade da aplicação e o entendimento adequado das questões formuladas.

A-Z

Feedback,

(retorno de informação ou, simplesmente, retorno) é o procedimento que consiste no provimento de informação a uma pessoa sobre o desempenho, conduta, ou ação executada por esta, objetivando reorientar ou estimular comportamentos futuros mais adequados.

10.3 Aplicação

O teste DUSI-R é destinado à identificação de indivíduos que provavelmente apresentam problemas relacionados ao uso/abuso de álcool ou outras drogas. Ele deve ser de aplicação rápida, levando em consideração também a disponibilidade de pessoal para providenciar o **Feedback** e o encaminhamento dos casos detectados.

O DUSI-R é composto por duas partes: I - Drogas perfeitas e II – Quatro áreas.

a) Parte I: Drogas Perfeitas

Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no último mês?

Preencha os círculos, conforme a droga, a quantidade e as vezes que a usou:

Quadro 10.1: Drogas perfeitas

	Não Usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei e 10 a 20 vezes	Usei mais de 20 vezes	Tenho problemas pelo uso dessa droga	Essa minha droga predileta
Álcool							
Cocaina/crack							
Maconha							
Estimulantes (anfetaminas etc.)							
Alucinógenos (LSD, mescalina etc.)							
Tranquilizantes (diazepam, barbitúricos etc.)							
Analgésicos							
Opiáceos (morfina, heroína etc.)							
Fenilciclidina (PCP, pó-de-anjo)							
Inalantes, solventes							
Outros							

Fonte: Elaborado pelos autores.

a) Quatro áreas da Parte II: Área I, Área II, Área III e Área IV

Área I

1. Você já teve “fissura” ou um forte desejo por álcool ou drogas?
2. Você já teve que usar mais e mais drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?
3. Você já sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?
4. Você já sentiu que estava “enfeitiçado” ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?
5. Você já deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?
6. Você já quebrou regras ou desobedeceu leis por estar “alto” sob o efeito de álcool ou drogas?
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?
8. Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?
9. Você já se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?
10. Você já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas?

11. Você já teve problemas em se dar bem com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?
12. Você já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool? (Por exemplo: dor de cabeça, náuseas, vômitos ou tremores)
13. Você já teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?
14. Você gosta de brincadeiras que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: “vira-vira”; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?

Área II

1. Você briga muito?
2. Você se acha o “bom”?
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?
4. Você grita muito?
5. Você é teimoso?
6. Você é desconfiado em relação a outras pessoas?
7. Você pragueja (reclama muito) ou fala muitos palavrões?
8. Você provoca muito as pessoas?
9. Você tem um temperamento difícil?
10. Você é muito tímido?
11. Você ameaça ferir as pessoas?
12. Você fala mais alto que os outros jovens?
13. Você se chateia (ou se aborrece) facilmente?
14. Você faz muitas coisas sem primeiro pensar nas consequências?
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?
16. Se tiver oportunidade você tira vantagem das pessoas?
17. Geralmente você se sente irritado?
18. Você gasta a maior parte do tempo livre sozinho?
19. Você é um solitário?
20. Você é muito sensível a críticas?

Área III

1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos no ano passado?
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?
3. Você dorme demais ou muito pouco?
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4 kg?
5. Você tem menos energia do que acha que deveria ter?
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?

7. Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com seus órgãos sexuais?
8. Você já teve relações sexuais com alguém que usava drogas injetáveis?
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?
10. A parte branca de seus olhos já ficou amarela?

Área IV

1. Intencionalmente, você já danificou a propriedade de alguém?
2. Você já roubou coisas em mais de uma ocasião?
3. Você se envolveu em mais brigas que a maioria dos jovens?
4. Você é uma pessoa inquieta?
5. Você é agitado e não consegue sentar quieto?
6. Você fica frustrado facilmente?
7. Você tem problemas em se concentrar?
8. Você se sente muito triste?
9. Você rói unhas?
10. Você tem problemas para dormir?
11. Você é nervoso?
12. Você se sente facilmente amedrontado?
13. Você se preocupa demais?
14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?
15. As pessoas olham espantadas para você?
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?
19. Você frequentemente sente vontade de chorar?
20. Você tem tanta energia que não sabe o que fazer consigo mesmo?

Resumo

Nesta aula foi dada a introdução à aplicação do Teste DUSI-R. A Parte I do teste foi vista integralmente e da Parte II foram abordadas as quatro primeiras áreas.

Aula 11 - Continuação da aplicação do Teste DUSI-R (6 áreas da Parte II)

Nesta aula daremos continuidade à aplicação do Teste DUSI-R, conhecendo as 6 áreas restantes da Parte II.



Figura 11.1: Dependente em Álcool

Fonte: <http://venyve.com/>

Área V

1. Os jovens de sua idade não gostam de você?
2. Você está normalmente infeliz com o modo como desempenha atividades com seus amigos?
3. É difícil fazer amizades num grupo novo?
4. As pessoas tiram vantagens de você?
5. Você tem medo de lutar pelos seus direitos?
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?
8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?
9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?
10. Você tem dificuldades em defender suas opiniões?
11. Você tem dificuldade em dizer "não" para as pessoas?
12. Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?
13. As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?
14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?

Área VI

1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) já usou maconha ou cocaína?
2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?

3. Algum membro de sua família já foi preso?
4. Você tem discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?
5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?
6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?
7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?
8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?
9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?
10. Seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?
11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?
12. Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?
13. Você se sente infeliz em relação ao modo como você vive?
14. Você se sente em perigo em casa?

Área VII

1. Você não gosta da escola?
2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?
3. Suas notas são abaixo da média?
4. Você “cabula” aulas mais de dois dias por mês?
5. Você falta muito à escola?
6. Você já pensou seriamente em abandonar a escola?
7. Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?
8. Você sempre se sente sonolento na aula?
9. Frequentemente, você chega atrasado para a aula?
10. Nesse ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?
11. Você se sente irritado e chateado quando está na escola?
12. Você fica entediado na escola?
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?
14. Você se sente em perigo na escola?
15. Você já repetiu de ano alguma vez?
16. Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extracurriculares?
17. Você já faltou ou chegou atrasado à escola em consequência do uso de álcool ou drogas?
18. Você já teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?
19. O álcool ou drogas já interferiram nas suas lições de casa ou atividades

escolares?

20. Você já foi suspenso?

Área VIII

1. Você já teve um trabalho remunerado do qual foi despedido?
2. Você já parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?
3. Você precisa de ajuda dos outros para arranjar emprego?
4. Você frequentemente falta ou chega atrasado ao trabalho?
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?
6. Você já ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?
7. Você já consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?
8. Você já foi demitido de um emprego por causa de drogas?
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?
10. Você trabalha principalmente porque isso permite ter dinheiro para comprar drogas?

Área IX

1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?
3. Algum de seus amigos “cola” nas provas?
4. Seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?
5. Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei?
6. A maioria dos seus amigos é mais velha que você?
7. Seus amigos cabulam muitas aulas?
8. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?
9. Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas no ano passado?
10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito durante o ano passado?
11. Você pertence a alguma “gang”?
12. Você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com amigos atualmente?
13. Você sente que não tem nenhum amigo em quem você possa confiar?
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?

Área X

1. Comparado com a maioria dos jovens, você faz menos esportes?
2. Durante a semana, você normalmente sai à noite para se divertir, sem permissão?
3. Num dia típico de verão você assiste à televisão por mais de duas horas?
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?

5. Você se exercita menos que a maioria dos jovens que você conhece?
6. Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?
10. Comparado à maioria dos jovens, você está menos envolvido em “hobbies” ou outros interesses?
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?



Para saber mais sobre Teste DUSI-R, consulte o site: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n1/anexo3%2818%29.htm>



Figura 11.2: Teste sendo aplicado

Fonte: <http://www.linkatual.com/>

Resumo

Nesta aula finalizamos a aplicação do teste DUSI-R, onde vocês conheceram seus objetivos que são: conhecer a intensidade do uso de drogas e sua relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais.



Atividades de Aprendizagem

1. Comente o que você achou da aplicação do teste DUSI-R, suas vantagens e desvantagens na obtenção de resultados.

2. Você acha que a Parte I do Teste DUSI-R pode ser aplicada separadamente da Parte II? Por quê?

Aula 12 - Modalidades e ambientes de tratamento para o dependente químico

Nesta aula vocês conhecerão algumas modalidades e alguns ambientes mais usados e preparados para atender dependentes químicos e seus familiares, com suas características e objetivos.



Figura 12.1: CAPS

Fonte: <http://www.carlosbritto.com/>

12.1 Principais dispositivos da rede SUS para os usuários de drogas

a) Atenção Básica: A Atenção Básica é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), residências terapêuticas e domicílios das pessoas em tratamento. Esses mecanismos são a porta de entrada para o SUS, por que são os lugares em que a população deve procurar os profissionais de saúde para obter qualquer tipo de atendimento.

b) Urgências e Emergências:

- Serviço móvel de urgência (SAMU);
- Prontos atendimentos de ambulatórios referenciados;
- Prontos socorros gerais;
- CAPs III Centro de Atenção Psicossocial que funcionam 24hrs;

Quadro 12.1: Serviços ambulatoriais especializados

TIPO	Atividades Desenvolvidas	TIPO	Atividades Desenvolvidas
CAPS I	*Atendimento individual *Atendimento em grupos *Atendimento em oficinas *Visitas domiciliares *Atendimento à família *Atividades comunitárias *01 turno - 01 refeição *02 turnos - 02 refeições	CAPS II	*Atendimento individual *Atendimento em grupos *Atendimento em oficinas *Visitas domiciliares *Atendimento à família *Atividades comunitárias *01 turno - 01 refeição *02 turnos - 02 refeições
CAPS III	*Idem CAPS II *24h - 04 refeições *Acolhimento noturno contínuo máximo 5 leitos – repouso e/ou observação *Tempo máximo 7 dias corridos ou 10 intercalados	CAPS I	*Idem CAPS II *01 turno - 01 refeição *02 turnos - 02 refeições *Desenvolve ações intersetoriais, em especial com as áreas de assistência social, educação e justiça.
CAPS ad	*Idem CAPS II *01 turno - 01 refeição *02 turnos - 02 refeições *02 a 04 leitos para desintoxicação e repouso		

Fonte: Elaborado pelos autores.



Os principais objetivos dos CAPS são:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados;
- Promover a inserção social dos usuários;
- Organizar a rede de serviços de saúde mental em seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção aos usuários de drogas na rede básica;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes e a medicação que usam;
- Oferecer condições para o repouso de usuários, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidado.

Os CAPS trabalham com a lógica da redução de danos, por isso devem utilizar os recursos terapêuticos disponíveis para promover a reabilitação psicossocial de seus usuários.

Para ler e refletir...

No ranking dos grupos mais repudiados no País, de acordo com pesquisa publicada em fevereiro pela Fundação Perseu Abramo, os usuários de drogas aparecem em segundo lugar no grau de aversão, perdendo apenas para os ateus. Entre as pessoas que o brasileiro menos gostaria de encontrar na rua, viciados em drogas aparecem em primeiro lugar, na opinião de 35% dos entrevistados. O levantamento também aponta a existência de intolerância relacionada à orientação sexual e crença

religiosa, temas já abordados em O Diário nesta série de reportagens sobre preconceito. O preconceito contra o usuário de drogas é acentuado pela escalada da violência relacionada ao tráfico, destacada pela mídia. Muitas pessoas acreditam que todo usuário de droga está ligado ao crime. “Embora o enfoque da sociedade em relação às drogas esteja em questões de segurança e repressão, este é um problema de saúde pública. A dependência química já é considerada uma epidemia”, diz Ângela Maria Nogueira, diretora do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (Capsad). Para ela, o preconceito e a marginalização do usuário atrapalham o tratamento. “Muitos não se aceitam como dependente químico e relutam em buscar apoio. Quando finalmente o fazem, a situação pode já estar fora de controle”, comenta. O Capsad é um ambulatório de referência, criado em dezembro de 2002. Todos os meses, entre 190 e 210 dependentes químicos são atendidos no local. Eles não ficam internados, mas recebem tratamento multidisciplinar. “A droga é um assunto complexo, tratado no Capsad com uma equipe que inclui assistente social, psiquiatra e psicólogo”, explica Ângela, que é enfermeira. A medicação é ministrada de maneira criteriosa, apenas em casos onde é extremamente necessária. Caso a internação seja necessária, o Capsad aciona a emergência psiquiátrica do município. “Apesar de a sociedade rotular o dependente de bandido, ele é um paciente como qualquer outro, que precisa de tratamento”, ressalta Ângela.

Vergonha

Um dos obstáculos para o tratamento da dependência química é a vergonha dos familiares em aceitar que a droga é um problema naquele lar. “Quando o dependente é encaminhado para o tratamento, os familiares sentem-se envergonhados perante os vizinhos”, comenta a assistente social do Capsad, Rosângela Zanin. “Muitos deles não entendem o porquê da presença de uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) e viaturas da Polícia Militar”, destaca. Para ela, o dependente químico causa preconceito porque a questão é cercada de valores e conceitos morais. “Apesar disso, quase todas as famílias têm algum dependente químico, seja de drogas ilícitas, álcool, cigarro ou drogas lícitas, os medicamentos”, comenta Rosângela. Atualmente, os casos mais graves em Maringá estão relacionados ao consumo do crack, droga que causa alto grau de dependência e com muita rapidez. “Já não é uma droga que afeta somente o adolescente. Independentemente da classe social, hoje temos muitos idosos

utilizando crack, principalmente aqueles que já tinham um histórico de alcoolismo”, comenta a assistente social. “O crack é uma droga que causa fissura durante o uso, ou seja, enquanto a pessoa está fumando, já sente vontade de utilizar ainda mais”, explica. Segundo a diretora do Capsad, Ângela Nogueira, o dependente químico perde totalmente a capacidade de controle. “Muitas pessoas atendidas no Capsad contam que fumavam até acabar o dinheiro”, afirma.

12.2 Serviços Hospitalares



Figura 12.2: Assistência médica e hospitalar

Fonte: <http://www.unimedne.com.br/>

Estes serviços são compostos por leitos e/ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais dia e hospitais integrais (especializados).

A internação, tanto em hospital geral como em hospitais psiquiátricos, assim como em clínicas especializadas, baseia-se no afastamento temporário do dependente de seu meio e, portanto, das substâncias de abuso.

12.2.1 Hospital Geral



Figura 12.3: Ajuda médica

Fonte: <http://drogas8d.wordpress.com/>

Hospitais gerais e psiquiátricos são indicados nos casos de intoxicação aguda, síndromes de abstinências graves, comprometimento de órgãos e funções vitais, condições que colocam em risco a vida do dependente.

12.2.2 Hospital psiquiátrico integral (especializado)

Os hospitais psiquiátricos atualmente são especializados para o atendimento de dependentes químicos e tem como objetivo atender o doente grave com alterações importantes do comportamento, pensamento e outras funções mentais, que apresentam ameaças à sua integridade física ou de terceiros.

12.3 Rede complementar ou de suporte social



Figura 12.4: Suporte social

Fonte: <http://www.clinicaclinap.com.br/>

Esta rede contém profissionais habilitados para o diagnóstico e tratamento do dependente químico e de seus familiares composta por agentes comunitários de saúde, técnicos em reabilitação de dependentes químicos e outros profissionais de saúde, mas pode e deve ser composta também, pela comunidade em geral e por outros setores da sociedade.

Para construir uma Rede de Atenção Integral para os usuários de SPAS e suas famílias, os profissionais de saúde devem reunir e trabalhar juntos.

12.3.1 Componentes da Rede Complementar

A moradia e as necessidades básicas do cidadão podem também ser atendidas pela implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos, ou por Casas de Passagens ou Abrigos, que podem e devem ser constituídos a partir da iniciativa das Secretarias de Assistência Social.

12.3.2 Grupos de Mútuo Ajuda

São grupos filantrópicos organizados na própria comunidade, com o objetivo de manter a sobriedade e acolher outras pessoas que tenham problemas com o uso/abuso de SPAS, através da troca de experiências e vivências.



Para saber mais sobre SENAD (Políticas sobre Drogas), acesse o site: <http://portal.mj.gov.br/senad/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRNN.htm>

12.4 Comunidades Terapêuticas



Figura 12.5: Comunidades terapêuticas

Fonte: <http://www.viamaxi.com.br/>

O nome Comunidade Terapêutica surgiu em ambientes hospitalares psiquiátricos para descrever um lugar “organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura” (DE LEON, 2003).

Dependendo do Programa Terapêutico (PT) utilizado, que deve ser explícito já quando do ingresso do usuário na instituição, o tempo de tratamento (internamento) varia entre 3 e 9 meses em geral, porém, em algumas instituições há possibilidades de ajustes conforme as necessidades individuais. As comunidades devem funcionar de acordo com a Resolução 29 da ANVISA (antiga RDC 101). Elas têm um papel importante como rede de proteção social e como instituições de atenção complementar à rede SUS, porque especialmente não era da tradição da saúde pública atender ao problema de drogas, e estas organizações vieram suprir esta lacuna.

O objetivo é a abstinência e a mudança de comportamento a partir da convivência entre pessoas com problemas parecidos. As comunidades oferecem também, mútua participação entre a equipe de tratamento e recursos comunitários, através de grupos terapêuticos, oficinas, trabalhos individuais e outras atividades.

Resumo

Ao término desta aula vocês aprenderam sobre várias características e objetivos das mais importantes modalidades existentes hoje em dia e oferecidas no tratamento de dependentes químicos e de seus familiares.



Aula 13 - Prevenção da Recaída I

Prezados alunos, nesta aula vocês iniciarão o conhecimento sobre abordagem de Prevenção da Recaída elaborada por Alan Marlatt na década de 1980.



Figura 13.1: Prevenção da recaída

Fonte: <http://otabaco.com/>

Baseada nos princípios da Terapia cognitivo comportamental a Prevenção da Recaída é definida como um programa de autossugestão com a finalidade de estimular o estágio da manutenção no processo de mudança. Partindo do princípio que o comportamento se dá devido aos pensamentos, nesta abordagem veremos as influências do meio, das emoções, pensamentos e comportamentos. Sendo assim, o indivíduo produzirá padrões de pensamentos e comportamentos automáticos por distorcer interpretações de acontecimentos internos e externos.

Objetivos da Prevenção da Recaída:

- Manter a mudança do hábito;
- Aplicação da consciência e escolha do paciente frente ao problema;
- Desenvolver habilidades de enfrentamento e maior confiança.

Caso o indivíduo escolha por moderar o uso da substância, esta será respeitada.

Caso o paciente chegue à sessão tendo consumido, ele será aceito da mesma forma, pois a mudança é um processo do tratamento.



Qual a diferença entre Lapso e Recaída?

- O **Lapso** é um retorno momentâneo ao hábito.
- A **Recaída** é um lapso mais demorado, mas também considerada transitória.



Figura 13.2: Recaída

Fonte: <http://drogas8d.wordpress.com/>

13.1 Principais alicerces da PR

Os principais alicerces da PR são: a conscientização do problema e a mudança nos hábitos.

13.1.1 Conscientização do problema

Para que haja a mudança é necessário reconhecer que o comportamento aditivo é problema para o indivíduo e para os que rodeiam. Assim, a PR visa mostrar ao paciente que o uso de substâncias afeta negativamente a sua vida.

Tendo assim, em vista que o terapeuta delega ao paciente a responsabilidade pelos seus atos, uma técnica muito utilizada neste momento é a Balança Decisional, onde serão pesadas as vantagens e desvantagens de usar a substância. Podendo assim, o paciente perceber que os benefícios do uso das substâncias são passageiros, e que deixar de usá-las lhe trarão uma vida saudável e prazerosa.

Quadro 13.1: Balança decisional		
	Usando	Sem usar
Gosto em mim		
Não gosto em mim		

Fonte: Elaborado pelos autores.

O quadro a seguir de “vantagens e desvantagens” é um exemplo de como o anterior deve ser preenchido.

Quadro 13.2: Vantagens e desvantagens X usar e não usar		
	Usar	Não usar
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> - Faço parte de um grupo de amigos. - Fico mais sociável. - Perco a inibição, a vergonha, a timidez, a insegurança. - Me sinto mais confiante. - Me sinto bem, mais “relaxado”. - Esqueço dos problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me sinto melhor fisicamente. - Fico com a cabeça “no lugar”. - Sem ciúme, sem desconfianças. - Fico bem com a esposa. - Fico bem com a família. - Trabalho melhor, mais disposto. - Sem ressaca. - Com dinheiro. - Durmo melhor. - Acordo sem me preocupar com o que posso ter feito na noite anterior. - Me alimento melhor.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> - Tenho ressaca. - Brigo com a esposa. - Piora o relacionamento com os filhos. - Problemas físicos. - Fico desmotivado no outro dia. - Me sinto culpado. - Problemas com o trabalho. - Gasto todo o meu dinheiro. - Perco o controle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Me sinto sozinho, isolado, sem amigos. - Tenho que lidar com “fissuras” e compulsões. - Desajeitado no contato social. - Parece que a vida perde a graça.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao reconhecer o comportamento aditivo como um problema, o indivíduo perceberá a necessidade de mudar e é na PR que se ensina como lidar com as situações de risco frente à substância. Diante de uma avaliação das capacidades do indivíduo é que poderão ser trabalhadas as suas habilidades que devam melhorar.

13.1.2 Mudança nos hábitos

O próximo passo é mudar o estilo de vida, as companhias e os locais frequentados. Essa reestruturação de rotina faz parte da manutenção da abstinência. A pessoa pode pensar em substituir as “adições” negativas pelas positivas.

Há neste momento a proposição de se elaborar um plano de ação, determinando as mudanças necessárias que o indivíduo deseja frente à abstinência. São pequenas situações que podem parecer irrelevantes ou até mesmo inconscientes, que merecem atenção a serem pensadas e evitadas para que não hajam como estimuladores de uma recaída. Ex.: Passar na frente de um bar, ir à casa de um amigo usuário de drogas etc.

Resumo

Na aula 13 demos início à abordagem da Prevenção da Recaída – PR, onde foram tratados os objetivos e seus problemas e a necessidade da mudança de hábitos.

Aula 14 - Prevenção da Recaída II

Nesta aula daremos continuidade à abordagem da Prevenção da Recaída focando os fatores determinantes e um inventário das habilidades para lidar com situações de risco.



Figura 14.1: Grupo de Autoajuda

Fonte: <http://www.cidadaonet.com.br/>

Na PR o terapeuta age como um colega, pois não assume um papel ativo, ele oferece instrumentos para que o próprio paciente possa se autogerenciar com a responsabilidade de seus atos diante do reconhecimento do seu problema.

14.1 Trabalho central da PR

O Trabalho central da PR é lidar com as situações de autorrisco (SAR), ou seja, as ameaças que possam impedir a autoeficácia e propiciam o lapso da recaída. Como esta é uma fase ainda de insegurança, é necessário evitar as situações de risco, pois, por vezes a pessoa está extremamente sensível e, portanto, é incapaz de enfrentar as SAR.

14.1.1 Determinantes intrapessoais e ambientais

Os determinantes intrapessoais e ambientais referem-se a forças intrapessoais psicológicas, físicas ou ambientais que não envolvam outras pessoas. Estes fatores podem ser:

- Estados emocionais negativos: raiva, frustração, depressão, medo, solidão.
- Estados físicos e fisiológicos negativos: abstinência, fissura, dor, contusão.
- Estados emocionais positivos: celebração, prazer, alegria.
- Testando controle pessoal: ver se consegue usar só por uma vez para constatar efeitos e compromissos com a abstinência.

- Cedendo às tentações: usar a substância frente a um desejo incontrolável ou fissura, seja a presença ou ausência de gatilhos que não estão associados a fatores intrapessoais como, por exemplo: ao passar na frente de um bar achar um maço de cigarros escondidos ou “do nada” desejar a substância mesmo não tendo tido o contato com ela.

Quando o uso da substância envolve terceiros, pode ocorrer:

- **Conflito:** No casamento, no namoro, com a amizade envolvendo sentimentos de frustração, raiva, ansiedade.
- **Pressão social:**
 - Diretamente: Quando lhe é oferecida a droga;
 - Indiretamente: Ser usado como referência de ser um usuário.
- **Aumento dos estados emocionais positivos:** Usa a droga para aumentar o prazer e a alegria que envolva as outras pessoas.

14.2 Avaliação da SAR

Alguns métodos podem ser utilizados para tal avaliação:

- Observações diretas do comportamento (dia a dia);
- Quantificar a autoeficácia: identificar o quanto cada indivíduo se sente capaz de lidar com determinadas situações (através de escalas que medem a autoeficácia);
- Autobiografia: usada como a primeira lição de casa no tratamento (descrição com detalhes do uso, como se vê e se sente como um DQ em recuperação);
- Descrição das recaídas passadas (preenchendo uma tabela com o que estava sentindo, pensando e fazendo na recaída mais recente, ou a mais fácil de lembrar);
- **Forma de avaliar as SAR através de um diário de comportamento aditivo contendo:**
 - o seu comportamento;
 - quando ocorreu;
 - onde;
 - com quem;
 - os antecedentes;
 - o que sentia;
 - o quanto usou;
 - as consequências;
 - como se sentiu depois de usar;
 - quando terminou o uso.



Para saber mais sobre a recaída, acesse o link a seguir e leia o artigo de Flávia Bolognesi e Sílvia Dutra Pinheiro. Disponível em: <http://psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/197/course/section/99/flavia.pdf>.



Figura 14.2: Situação de risco

Fonte: <http://bandab.pron.com.br/>

14.3 Inventário das habilidades para lidar com situações de risco

Para a PR, é necessário que o usuário aprenda a identificar qualquer situação que ponha em risco sua meta de recuperação, evitando com isto, lapsos e recaídas.

Quando surgem as Situações de Risco, é necessário ter habilidades para enfrentá-las de uma forma eficaz e adequada, para que a auto eficácia do paciente seja suficiente a fim de evitar o retorno do uso da substância. Saber enfrentar seus limites e dificuldades de enfrentamento (baixa eficácia) é o primeiro passo no desenvolvimento de planos para prevenir recaídas. Para isto foi desenvolvido um **inventário** que tem dois objetivos:

- 1º) ajudar o usuário a identificar as situações de risco;
- 2º) ajudar o usuário a avaliar sua autoeficácia.

Veremos agora princípios básicos de como funciona este inventário de habilidades, conforme o quadro a seguir.

A-Z

Inventário, deriva da palavra do latim *inventarium* que significa relação de bens deixados por alguém e documento ou lista onde se encontram registrados bens contendo ou não uma enumeração detalhada ou minuciosa dos mesmos. Por exemplo: no caso dos negócios, os inventários costumam conter a descrição do produto bem como a quantidade existente e o local onde se encontra.



Quadro 14.1: Inventário de habilidades

Grupos	Tipo de habilidade	Características
Grupo I – Lidar com emoções negativas	Autoeficácia: (Habilidade para lidar com a situação) 0 = Nenhuma 1 = Pouca 2 = Suficiente	1.Quando eu me sinto deprimido, triste, desanimado 2.Quando estou ansioso ou estressado 3.Quando sinto angústia, sem razão aparente
Grupo II – Lidar com situações difíceis	Autoeficácia: (Habilidade para lidar com a situação) 0 = Nenhuma 1 = Pouca 2 = Suficiente	1.Enfrentar compromissos ou reuniões sociais 2.Enfrentar reuniões de trabalho 3.Falar em público
Grupo III – Lidar com a diversão e o prazer	Autoeficácia: (Habilidade para lidar com a situação) 0 = Nenhuma 1 = Pouca 2 = Suficiente	1.Em comemorações e festas, ou boates 2.Quando me sinto eufórico, alegre, excitado 3.Quando estou com amigos que estão bebendo ou usando drogas

Grupo IV – Lidar com problemas físicos ou psicológicos	Autoeficácia: (Habilidade para lidar com a situação) 0 = Nenhuma 1 = Pouca 2 = Suficiente	1. Lidar com insônia 2. Lidar com problemas sexuais 3. Lidar com dores físicas
Grupo V – Lidar com o hábito de usar álcool ou drogas	Autoeficácia: (Habilidade para lidar com a situação) 0 = Nenhuma 1 = Pouca 2 = Suficiente	1. Quando termino o trabalho 2. Quando chego em casa, no fim do dia 3. Quando vejo bebidas alcoólicas ou drogas por perto
Grupo VI – Lidar com o tratamento	Autoeficácia: (Habilidade para lidar com a situação) 0 = Nenhuma 1 = Pouca 2 = Suficiente	1. Quando sinto que meu tratamento está indo muito lento ou é mais difícil do que eu imaginava 2. Quando sinto que ainda falta muito caminho a percorrer para a minha recuperação 3. Quando estou com excesso de confiança na minha recuperação (“nunca mais vou beber”)

Fonte: <http://www6.ufrgs.br/museupsi/Texto%201.htm>

Resumo

Nesta aula finalizamos a abordagem da Prevenção da Recaída expondo seus fatores determinantes, ou seja, intrapessoais e interpessoais, bem como as habilidades para lidar com as SAR.



Atividades de Aprendizagem

1. Após a leitura desta aula o que você pode descrever sobre os fatores determinantes da PR?

2. Cite quatro situações de risco que o dependente químico poderá enfrentar em abstinência e as formas de enfrentá-las.

3. Conforme os seis grupos apresentados anteriormente, no seu caso, em que situações você é mais vulnerável?

Grupo I	1.	2.	3.
Grupo II	1.	2.	3.
Grupo III	1.	2.	3.
Grupo IV	1.	2.	3.
Grupo V	1.	2.	3.
Grupo VI	1.	2.	3.

Aula 15 - Abordagem familiar em dependência química I

Nesta aula daremos início à Abordagem familiar dentro da dependência química, que é uma das peças chaves para um tratamento com sucesso.



Figura 15.1: Abordagem familiar

Fonte: <http://religiao.divulgueconteudo.com/>

15.1 O meio familiar no enfoque terapêutico



Figura 15.2: Meio familiar como enfoque terapêutico

Fonte: <http://religiao.divulgueconteudo.com/>

Quando falamos em dependência química e seu processo de tratamento, não podemos deixar de observar o meio familiar como um dos cenários diretos deste enfoque terapêutico. O dependente químico influencia e é influenciado pela família, no que se diz respeito a valores, crenças, emoções e comportamentos.

As abordagens familiares são compreendidas como intervenções quando a família interage durante o processo de tratamento.

15.2 Características presentes em familiares de dependentes químicos



Figura 15.3: Tensão e conflito familiar

Fonte: <http://saudetrabalho.blogspot.com.br/>

Levando-se em consideração que a família é um sistema dinâmico e em transformação, cumprindo sua função social, sendo na maioria das vezes, o principal núcleo na vida de um indivíduo, responsável por transmitir valores e tradições culturais inseridas, encontraremos constantemente contradições de comportamento, afeto, tensões e conflito.

Quando um membro da família passa a usar drogas é grande o impacto que acontece sobre a mesma. Podemos enumerar três etapas que ocorrem neste processo:

- **1ª etapa:** Mesmo havendo tensão e desentendimento, os membros da família deixam de falar sobre a realidade a respeito do que pensam e sentem, acontecendo assim, o mecanismo de **negação**.
- **2ª etapa:** Num segundo momento, acontece a preocupação com a tentativa de se controlar o uso da droga, suas consequências físicas e emocionais no convívio social e no trabalho. Surge então uma espécie de segredo familiar, onde cumplicidade e mentiras são próprias desse contexto, onde o assunto não é comentado com a ilusão de que não há um problema para a família.
- **3ª etapa:** No 3º estágio há uma desorganização familiar, ou seja, esta assume responsabilidades que não são suas. Os papéis começam a serem trocados, fazendo com que o dependente químico perca a oportunidade de perceber as reais consequências do uso das drogas. Exemplo: Quando



Para aprofundar e enriquecer este tema leia o livro "**Por trás da aparência singela de mãe**" de Marco Afonali e Raphael Mestres. (Uma nova visão sobre o papel de mãe e suas consequências mais extremas.)



a mãe, devido ao alcoolismo do marido, assume todas as responsabilidades de prover a casa, ou quando um filho mais velho passa a cuidar dos irmãos menores, em consequência do uso de drogas da mãe.

Embora estas etapas definam um padrão da evolução do impacto das substâncias psicoativas, esta problemática sempre dependerá dos recursos da compreensão e valores que cada família possui para lidar com a presença das drogas em casa. Há casos em que a família demora em admitir o problema ou procurar ajuda profissional, devido a sentimentos de culpa e vergonha por se encontrar nessa situação.



Outros sentimentos facilmente encontrados nessas famílias são: raiva, ressentimento, impotência, medo do futuro, desintegração, descrédito das promessas de parar, dor e solidão perante a sociedade.

15.3 Influência do meio

Existe a necessidade de refletirmos e compreendermos porque o uso das drogas, em especial o alcoolismo, pode se repetir em outras gerações. Sabemos que os usuários como os familiares, possuem uma grande interferência em suas vidas quando marcadas por esta situação.

Existe uma associação à manutenção da identidade familiar, uma vez que em festas, reuniões, o ato de beber está sempre presente. Isto geralmente interfere no desempenho familiar, ou seja, a bebida torna-se parte da vida dos filhos, pois cresceram neste contexto. Mesmo estando alheios a esta percepção, ou seja, inconscientemente, acabam que por “repetindo” esta identidade ao chegarem à fase adulta, quando acabam se casando com alcoolistas. O grande desafio é a mudança, a construção de novos rituais, para assim, não perpetuarem a dependência ao álcool.

15.4 Interferência das drogas na família



Figura 15.4: Interferência das drogas na família
Fonte: <http://passeissoadiante.blogspot.com.br/>

A dependência química afeta o núcleo familiar a partir de certos fatores como:

- Qual é a substância escolhida;
- A idade e o sexo do usuário;
- Em que estágio a família se encontra;
- Fatores sociais, econômicos e culturais do usuário e da família.

Sendo assim, em alguns casos o uso das drogas revela o fator que iniciará uma interação familiar, pois, revela a desorganização desse sistema.

Diante do problema a família começa a direcionar as razões que levaram à conduta da dependência química e aí surgem pensamentos como:

- Porque o membro da família se droga?
- Seria excesso de proteção?
- De quem é a culpa?
- Como poderíamos ter evitado?

Podemos denominar algumas características como patológicas, quando observamos algumas famílias:

- Falta de imposição de limites, ou seja, quando os pais não concluem barreiras e regras não havendo autoridade suficiente.
- Nível de individuação do adulto é precário, quando, por exemplo, o filho assume o papel de um dos pais, invertendo a conduta no núcleo familiar.
- Mitos familiares causando a falta de esperança e comodismo, pois acreditam que a droga é um problema que aconteceu por conta do “destino” da família como um todo.
- Discórdias no casal parental, não havendo coerência no modo de agir quando assumindo que devem apoiar na recuperação de um filho.
- Alianças secretas com filhos, a partir do descontrole, havendo condutas desordenadas ou falhas de comunicação entre os mesmos.

Resumo

Nesta primeira parte do tema: Abordagem Familiar em Dependência Química, observamos algumas características presentes nessas famílias como: a influência do meio e a interferência que essas famílias recebem neste processo.



Aula 16 - Abordagem familiar em dependência química II

Nesta aula daremos continuação a este tema muito importante, visando o ciclo de vida e a história da terapia dentro do contexto familiar.



Figura 16.1: Apoio familiar

Fonte: <http://profreporter.blogspot.com.br/>

É comum aos membros envolvidos com o problema se questionando quanto ao início de todo o processo. Portanto, precisamos considerar qual é o momento que a droga ou o álcool passa a existir dentro de um sistema familiar, estando fortemente ligado ao seu ciclo de vida. Para muitos colaboradores deste assunto, o ciclo familiar vital é um parâmetro referencial para identificar variáveis conduzindo a direção do tratamento.

16.1 Fases do processo histórico familiar

- 1ª fase: Formação do casal

Nesta 1ª fase o tempo é primordial, pois há o período de adaptação, a maturidade de cada um, suas diferenças. O respeito neste momento é o grande alicerce para uma base em formação. Muitos casais casam-se prematuramente devido a uma gravidez precoce, não havendo uma maturidade necessária para este momento, podendo desencadear o processo da dependência química. Tendo problemas para enfrentar as primeiras dificuldades de um casamento, é aconselhável que a família de origem de cada parte seja inserida na terapia familiar do casal, podendo ser encontradas dependências ainda de suas famílias originárias.



Figura 16.2: Adolescente grávida

Fonte: <http://cadernosociologia.blogspot.com.br/>

- 2ª fase: Fase adolescente

Neste momento, o casal já possui certa idade e filhos adolescentes, que estão num processo de transição e mudança, o que é totalmente esperado na vida desses jovens, até mesmo porque é neste momento que se inicia a vida sexual, os riscos com a violência, devido a independência social e começam também a sofrer influências a respeito de hábitos alcoólicos e uso de drogas. Muitas vezes, os pais se sentem obrigados, a rever suas histórias passadas para poderem compreender melhor e se adaptarem a esse novo momento de seus filhos. É relevante lembrarmos que atualmente a disponibilidade às drogas se intensifica dia a dia, portanto, seria também uma questão de âmbito familiar. Porém, não deixa de se tornar uma vulnerabilidade do jovem que necessita diferenciar-se de seus pais, através do grupo de amigos, até mesmo para sentir-se aceito socialmente. É nesta fase que alguns pais descobrem o uso das drogas do filho, ou alguns pais que abusam do álcool e se deparam com o filho usando maconha. Nesse momento de transições e mudanças, a família necessita de apoio, para até mesmo poder criar novas adaptações e meios para enfrentar a situação.



Os pais precisam estar preparados para a fase de adolescência dos filhos, por que alguns papéis precisarão ser revistos, pois há uma transição física e psicológica destes indivíduos que estão saindo da idade infantil para a idade adulta.

Os pais, geralmente, neste momento estão com foco em reavaliar sua carreira profissional e seu casamento, ocorrendo então um processo de grande emoção gerada por tais conflitos.

De acordo com Carter e Mc Goldrick este estágio do ciclo de vida familiar indica um processo emocional de transição e o ponto de sucesso deste momento seria desenvolver a flexibilidade das fronteiras familiares, modulando a pater-

nidade e a independência e desenvolvimento para os adolescentes. Assim, este ciclo familiar se intercrusa através de suas demandas, não correndo tanto o risco de fragilizar o sistema familiar afastando também da vulnerabilidade à drogadição. Famílias com presença da dependência química não conseguem chegar à fase da maturidade, ficando presas ao ciclo anterior, quando o adolescente não elabora perdas e ganhos. Em alguns casos também há a situação dos avós que ao invés de, em função da idade serem cuidados, continuam a cuidar dos jovens da família, ou seja, passam a se dedicar aos netos, devido à falta de condições dos pais assumirem esse convívio. Implicando assim, na falta de amadurecimento destes pais de adolescentes.



Figura 16.3: Avô e netos

Fonte: <http://anjoseguerreiros.blogspot.com.br/>

- 3ª fase: Fase madura

Esta fase é representada por uma relação entre pais-filhos num convívio de adulto para adulto. Os membros destas famílias, por serem jovens adultos já apresentam independência emocional, pessoal econômica. Têm a possibilidade de deixarem seus lares para construir e desenvolver suas próprias famílias.

16.2 História da Terapia Familiar

A abordagem familiar é um procedimento indispensável para se fundamentar programas terapêuticos. São múltiplas as influências da família. Freud enfatiza o interesse que o terapeuta deveria ter como direção às relações familiares dos pacientes. Inclusive ressalta a neurose, em alguns casos, relacionada a conflitos familiares que por vezes considerados como “sádios” preferem não colaborar diante da recuperação de um membro da família, para não prejudicar seus interesses próprios. Dentro do desenvolvimento da terapia familiar, a psicanálise é grande contribuinte, pois enfoca o passado familiar como causa e meio de transformação do indivíduo, a partir do desenvolvimento da consciência do comportamento passado e presente e das suas interrelações. E assim, com o desenvolvimento teórico da biologia, sociologia, antropologia, informática e da teoria geral dos sistemas, deu-se início ao trabalho terapêutico com famílias. Na psicologia, um grande precursor foi Adler e no final da Segunda Guerra surge Maxwell Jones com



Para saber mais sobre dependência química, acesse o link a seguir sobre **“As cinco fases da codependência”**. Disponível em: http://www.unioeste.br/projetos/teia/docs/as_cinco_fases_da_co_dependencia.pdf.

o movimento para reformulação da assistência psiquiátrica. Terapeutas vêm criando novas abordagens visto que essa prática de tratamento em relação a drogas e álcool é muito recente. Em 1940 deu-se início a criação de grupos como o Al-Anon dos alcoólicos anônimos.

Em 1981 introduziu-se o conceito de “codependência” por Wegsneider, que visava o “controle da droga” como eixo da organização familiar. Analisando assim o doente e os codoentes, ou seja, o usuário e seus familiares. Mais tarde entra o conceito de Andolfi, de paciente identificado, no qual o sistema familiar necessitará do outro, como fonte de ajuda, por este resistir em estar no papel da pessoa sintomática.

Na década de 90 crescem as terapias focadas na solução e não nas causas. Para Figlie e outros colaboradores, os resultados aparentemente são mais rápidos, uma vez que a atenção está no problema, o que é de pronto aceito pela família por não atribuir responsabilidades implícitas aos mesmos. Na realidade, a abordagem familiar em dependência química é recente como medida de tratamento. E assim, percebe-se uma mistura de práticas uma vez que vários modelos ainda estão em operação.

Resumo

Nesta aula abordamos o ciclo de vida da família que convive com a dependência química e um breve histórico dessa prática.



Atividades de Aprendizagem

1. A partir do que você aprendeu nesta aula, qual a razão de incluir a família no processo de tratamento de um dependente químico?

2. Descreva com suas palavras as fases do processo histórico familiar dentro da dependência química.

Aula 17 - Abordagem familiar em dependência química III

Nesta aula, daremos continuidade à Aula 15, ou seja, a abordagem familiar agora tratando de algumas modalidades terapêuticas importantes e usadas neste processo.

17.1 Modalidades Terapêuticas

As modalidades terapêuticas, que serão abordadas a seguir, podem ser: grupos de autoajuda ou enfoque sistêmico.

17.1.1 Grupos de autoajuda

A partir do final da década de 70, o alcoolismo e a dependência às drogas começaram a ser chamados de Dependência Química. O termo coalcólatra deu origem ao termo codependência e cada vez mais foi usual neste campo da D.Q. Foi Chaef quem descreveu com mais abrangência a codependência como doença que cresce no meio relacional em que a pessoa esta inserida.



Figura 17.1: Codependência

Fonte: <http://www.casaagape.com.br/>

Já a definição mais operacional é a de Wegscheider – Cruse, que combina elementos comportamentais e intrapsíquicos descrevendo a codependência como condição específica, caracterizada por uma preocupação e dependência extrema a uma pessoa ou coisa. A codependência existe, indiferente da existência ou não de D.Q. no contexto familiar e pode ser vista como doença de relacionamentos, onde dentro da família poderemos encontrar um membro usuário de drogas.

A-Z

Estigmatizado é a condição do sujeito ou grupo de pessoas que tem um posicionamento ou situação frente à sociedade que é considerada pela maioria das pessoas inferior. Exemplo: "As prostitutas são estigmatizadas como mulheres sem caráter".



Para saber mais sobre a codependência, acesse o link a seguir e leia o artigo dos Alcoólicos Anônimos intitulado "**Os doze passos**". Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/36-principios/os-doze-passos.html>>.

Os grupos de autoajuda representam uma grande fonte de apoio para a recuperação de pessoas que procuram ajuda para problemas com drogas lícitas. É dando ênfase ao individualismo e solidariedade a indivíduos que se encontram **estigmatizados** social, econômica e culturalmente. Estes grupos se baseiam em 12 passos compreendidos e lembrados por eles.

Há também um grupo de grande destaque que é o Amor Exigente, onde há um programa dirigido aos familiares envolvidos com abuso de álcool e drogas, para que o comportamento do usuário seja de sua responsabilidade. Esse grupo age como forma de prevenção e solução de problemas através da orientação que é proposta.

17.1.2 Enfoque sistêmico

Várias escolas de Terapia Familiar surgiram a partir da teoria geral dos sistemas e da teoria da comunicação. A família é um sistema que se mantém equilibrado a partir de regras do seu funcionamento. Sendo assim, a terapia busca a mudança no sistema entre os membros da família e uma reorganização da comunicação entre eles. A partir do enfoque sistêmico escolas importantes da terapia familiar se desenvolveram:

- **Escola Estrutural:** É uma terapia de ação que entende a família através dos limites de uma organização hierárquica, onde o papel de cada membro familiar é definido permitindo ao terapeuta intervenção direta na estrutura e funcionamento da família, onde geralmente os papéis estão invertidos. O nome que se destaca nesta escola é o de Minichin.
- **Escola Estratégica:** Tem como seus principais teóricos Jay Haley, Jackson, Bateson, Weakland e Watzlawick. Nesta escola o que caracteriza o sistema familiar é a ambição pelo poder. A abordagem terapêutica é pragmática, evitam-se as justificativas, trabalhando-se as interações, uma vez entendido que a dependência química revela problemas dentro do sistema.
- **Escola de Milão:** Representada por Mara Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, parte do pressuposto teórico da estratégica. Baseando-se no conceito de homeostase, os problemas surgem quando são regras tão rígidas que governam um sistema possibilitando padrões de interação repetitivos. A intervenção terapêutica é o ritual familiar, com uma ou várias ações onde todos da família são levados a participar.
- **Escola Construtivista:** Coloca o sistema familiar fazendo parte do processo de mudança, assim como o sintoma. Não é na pergunta que será

dada a ênfase e sim na construção da interação. Sendo assim, caberá ao terapeuta a exploração das construções de onde surgem os problemas.

Na visão sistêmica a pessoa não se isola do contexto sócio familiar, mas se conecta e interage com outras pessoas que lhe são familiares. É, então, com a família que serão construídas expectativas e dependendo da qualidade das interações poderão ser repetidas ou transformadas.

Com isso, para avaliar e tratar a D.Q. deverão ser levadas em conta as expectativas familiares, não valorizando preconceitos, mas procurando a mudança de padrões estabelecidos pelas mesmas.

17.2 Abordagem cognitivo comportamental

Esta abordagem mescla técnicas da Escola Comportamental e da Linha Cognitiva.

Na abordagem comportamental, os comportamentos, inclusive o uso de drogas/álcool, são aprendidos e mantidos através de reforços positivos e negativos que podem surgir das interações familiares. O foco será colocado na mudança dessas interações, provocando um aperfeiçoamento na comunicação e nas habilidades de solucionar problemas sem contar que isso seria uma base sólida para lidar com recursos e a sobriedade. A Terapia Comportamental possibilita a redução do stress familiar que por muitas vezes está sofrendo por um efeito perturbador e oneroso, fazendo com que a mesma se sinta capaz de lidar com a doença, a partir de uma nova maneira de se comunicar, ensinar/aprender e solucionar problemas.

A educação: ensinar/aprender refere-se a informações, formas de tratamento e medicações, criando a possibilidade de uma motivação na modificação do comportamento aditivo, bem como trabalhar o conceito da recaída. É importante desenvolver um plano de ação com a família visando uma melhor relação entre os mesmos e o D.Q.

Treinar a habilidade em se comunicar torna a comunicação breve e direta, podendo expressar sentimentos positivos e negativos, fazendo solicitações positivas, uma escuta ativa, possibilitando o compromisso e o poder de negociação. Isto inevitavelmente coopera com a diminuição do stress, tensões interfamiliares acionando habilidades sociais mais construtivas.



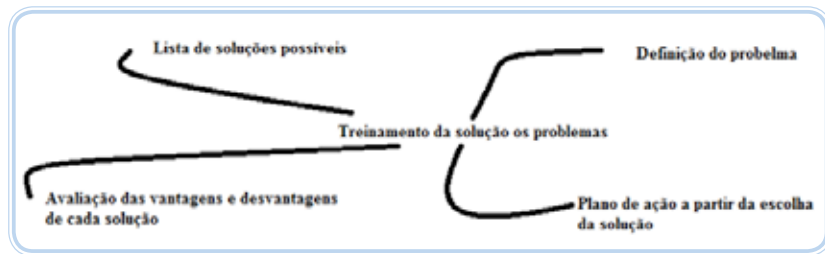


Figura 17.2: Treinamento da solução dos problemas

Fonte: Elaborada pelos autores.

Do ponto de vista cognitivo, a dependência de drogas acontece através do aprendizado, podendo ser modificado com a ativa participação do indivíduo e da família durante o processo. A abordagem cognitiva procura acionar mudanças atuais na família, situações no momento presente, afim de que se encontre o núcleo do problema, ao invés de questões superficiais. Para o terapeuta o objetivo é investigar as crenças e pensamentos familiares ensinando métodos para enfrentar os problemas atuais.

Diante dessas duas abordagens vistas anteriormente, podemos afirmar que a terapia cognitivo comportamental: visa resgatar os recursos pessoais a fim de lidar com a mudança de padrões de comportamentos familiares antigos, percebendo e auxiliando na modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais, criando uma maneira mais eficiente de lidar com o D.Q.



Figura 17.3: Cracolândia

Fonte: <http://www.topgesto.com.br/>

17.2.1 Terapia Familiar Funcional (TFF)

Essa terapia se aplica no tratamento dos adolescentes delinquentes ou atuantes, conceitos advindos de abordagens sistemáticas, comportamentais e cognitivas. A TFF acredita que o comportamento problemático se desenvolve e é mantido por forças internas e externas. As **Internas** seriam através da genética, aprendizagem, atribuições e emoções e as **Externas** seriam os efeitos interpessoais e sociais. A função do terapeuta é não julgar como bom ou mau, saudável ou não, desejável ou indesejável, pois para a TFF to-

dos os relacionamentos necessitam de proximidade e distância. E os mesmos processos comportamentais que são problemáticos, surgem como meios eficazes para ocasionar a intimidade ou a distância.

Na TFF a família é conduzida a alterar comportamento e forma de pensar. No lugar de censuras, acusações e punições, descobrem-se novos comportamentos individuais, reconhecendo que a mudança de cada um beneficiará a todos.

17.2.2 Terapia Familiar Estratégica Breve (TFEB)

Desenvolvida na Universidade de Miami em 1975 a TFEB visa a prevenção e o tratamento de problemas comportamentais da criança e do adolescente abrangendo o abuso leve de SPAS. Com fundamento num desempenho de um papel de proteção de crianças às influências negativas, também observando que as interações de má adaptação familiar podem contribuir para a evolução de problemas comportamentais. O objetivo desta terapia é melhorar os problemas comportamentais do jovem, que se presume estarem relacionados aos sintomas da criança, diminuindo os fatores de risco e fortalecendo fatores protetores quanto às drogas e a outros problemas de conduta.

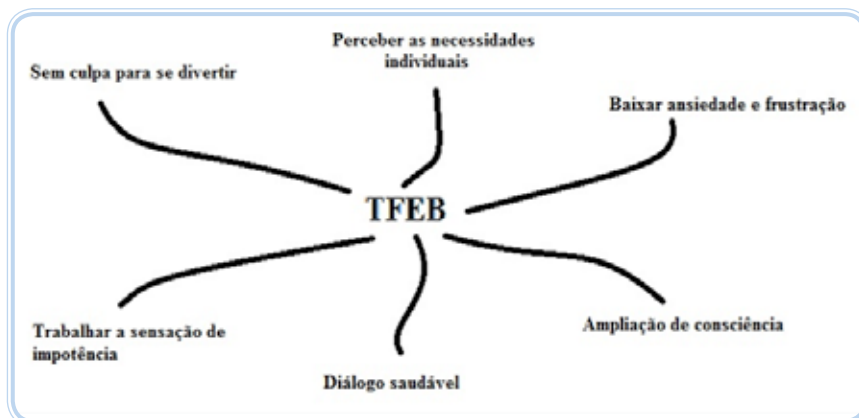


Figura 17.4: TFEB
Fonte: Elaborada pelos autores.

Resumo

Nesta aula abordamos modalidades terapêuticas direcionadas à família do D.Q.: Grupos de Autoajuda, Enfoque Sistêmico, Abordagem Cognitiva Comportamental, TFF e TFEB.

Aula 18 - Abordagem familiar em dependência química IV

Nesta aula concluiremos o tema sobre Abordagem Familiar, indicando aspectos em relação ao encaminhamento destas famílias.



Figura 18.1: Terapia de casais

Fonte: <http://www.tribunamix.com.br/>

18.1 Modalidades terapêuticas

A partir das abordagens descritas na aula anterior, podemos compreender a versatilidade das modalidades terapêuticas dentro de uma intervenção familiar. Existem aspectos que devem ser observados para que ocorram os encaminhamentos mais indicados. São estes:

- Disponibilidade;
- Comprometimento emocional;
- Foco nos problemas familiares ou do casal advindos da dependência química.

A questão da disponibilidade pode ser contornada com atendimentos individuais, caso isso seja necessário. Pois através do atendimento familiar os membros dessa família passam a ter maiores informações sobre a questão da D.Q., tirando suas dúvidas e aliviando suas angústias, melhorando assim o relacionamento familiar. Além de que podem colaborar com o terapeuta fornecendo dados para enriquecer o diagnóstico do D.Q..

Tratar e apoiar as famílias são duas necessidades para que seja possível a reestruturação do D.Q.. Tanto no início do adoecimento quanto no processo de recuperação a família sente a interferência em sua dinâmica, por isso, a importância da orientação, suporte e apoio. Para o profissional é importante obter da família as informações que essa possa lhe fornecer a respeito do paciente.



As abordagens com os membros da família podem ser:

- **Psicoterapia familiar:** Nesta modalidade se reúne a família e o D.Q..
- **Grupos de pares:** Os membros da família são distribuídos em diferentes grupos de duplas.
- **Grupos de multifamiliares:** São feitos através do encontro de famílias que estão inseridas e compartilham do mesmo problema, possibilitando assim a solidariedade de ajuda mútua gerando um efeito em rede.
- **Psicoterapia do casal:** É feita com um casal ou reúnem-se casais em grupos, sem expor particularidades não adequadas ao tema focado.

18.2 Papel terapêutico



Figura 18.2: Terapeuta

Fonte: <http://blogdepnl.blogspot.com.br/>

Partindo do princípio que a família pode produzir um contexto a mais de ideias e informações a respeito do paciente, que esta intervenção é valiosa, pois deixa também no tratamento a possibilidade de não se repetirem os fenômenos que afligem esse sistema, enquanto puderem ser detidas as interações que os retroalimentam.

Para que o processo da terapia familiar seja bem sucedido, o papel do terapeuta é de suma importância, pois cabe a ele estruturar o tratamento buscando o controle do abuso às drogas como premissa.

Aptos a tolerar, escutar e acalmar, o terapeuta que assim conduz o tratamento ajuda a família liberar seus sentimentos advindos da conscientização de que um membro do seu meio é usuário.

18.3 Visão geral do problema: Questões elucidativas

A família quando comprometida em setores das relações humanas, pode ter como resultado um membro usuário de drogas. Sendo assim, qual o lugar dessa pessoa no contexto familiar? Seria ele o único ou principal problema da fa-

mília? Merece ser julgado e cobrado? Ele tem o desejo de abandonar a droga que usa? Ele é culpado ou responsável pelo conflito familiar como um todo?

Compreender as condições de cada membro familiar para evitarmos perdas maiores, entendendo e aceitando os limites de cada um, estimulando um nível mais elevado de comunicação, descartando preconceitos e culpas. Este é o papel do terapeuta e inevitavelmente conferirá ao mesmo o reconhecimento da função de cada um promovendo enfim, um grande benefício no desfecho terapêutico.

Resumo

Esta aula finaliza o tema da Abordagem Familiar com indicação a algumas delas. Norteia também o papel do terapeuta e dá importância do relacionamento sensível e perspicaz do mesmo.

Atividade de Aprendizagem

1. Ao ler esta aula qual sua opinião sobre os princípios básicos para o terapeuta conseguir referências importantes a respeito do usuário de drogas vindas de sua família?



Anotações



Aula 19 - Redução de danos I

A Redução de danos pretende apontar saídas efetivas para o uso e abuso de drogas, acreditando na insuficiência dos tratamentos existentes, oferecendo ao usuário um espaço de reconstrução do seu lugar de cidadão.



Figura 19.1: Tabela de preço (Drogas) – Holanda

Fonte: <http://phinformix.blogspot.com.br/>

19.1 O impasse nos tratamentos do uso/abuso das SPAs

O campo clínico apresenta uma gama variada de tratamentos que, em sua maioria, partem do princípio da abstinência, podendo tornar suas propostas ineficazes. A redução de danos acredita ser uma alternativa aos modelos tradicionais de prevenção e tratamento do uso/abuso de SPAs, acreditando que dará um novo rumo aos usuários.

Os tratamentos a usuários de drogas podem oferecer: tratamento medicamentoso com ou sem internação em Hospital Geral, psiquiátrico ou clínicas especializadas; tratamento não medicamentoso com internação em fazendas de recuperação; tratamento não medicamentoso através do ingresso em grupos de mútua ajuda; psicanálise; terapias cognitivas comportamentais; comunidades terapêuticas etc.

Com exceção da psicanálise, todos os outros tratamentos partem do princípio da abstinência. A redução de danos acredita que a abstinência é o fim último e desejável do tratamento e também é a condição de entrada para o mesmo, o que por si só torna esta orientação contraditória.

19.2 O tratamento moral Pineliano

No início do século XIX, Pinel organiza o espaço asilar de maneira classificatória (dando classificação aos transtornos mentais).

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália e Toddi nos Estados Unidos são os principais pesquisadores de um movimento da reforma psiquiátrica.

O ponto central desse tratamento era um profundo sentimento de autorrespeito e dignidade dos pacientes e a discussão de seus problemas levando em consideração a opinião de outros. Em todas as áreas, esse tratamento visava uma reforma dos costumes, com os seguintes procedimentos (segundo Foucault):

- A religião;
- O medo (que deve incutir culpa e responsabilidade);
- O trabalho (regularidade, atenção e obrigação);
- O olhar dos outros;
- A infantilização;
- O julgamento perpétuo;
- O médico.

19.3 As Colônias Agrícolas

O modelo dessas colônias foi de encontro às críticas dirigidas ao hospício tradicional. Seu objetivo era reproduzir a vida de uma comunidade rural, ou seja, o trabalho como fator de cura.

19.4 As Comunidades Terapêuticas

No período pós Segunda Guerra Mundial, a condição dos hospitais psiquiátricos passa a ser comparada à lembrança dos campos de concentração, que não era aceito pela Europa democrática. O termo Comunidade Terapêutica é iniciado por Maxwell Jones, na Inglaterra em 1959 e passa a caracterizar um processo da reforma do hospital psiquiátrico, marcado por ações administrativas democráticas, participativas e coletivas.



Para saber mais sobre Philippe Pinel consulte o site <http://jdummarpsiquiatria.blogspot.com.br/>
Para saber sobre Maxwell Jones consulte o site http://pt.wikipedia.org/wiki/Maxwell_Jones



Figura 19.2: Philippe Pinel

Fonte: <http://jdummarpsiquiatria.blogspot.com.br/>

O mito que se criou foi que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais e/ou usuários de SPAs, facilitando com isso sua reinserção social. Enfim, por meio da comunidade terapêutica, procurava-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora.

As críticas às comunidades terapêuticas referem-se ao seu afastamento do plano de realidade sobre o qual vive a sociedade, porque cria condições ideais dentro do espaço da instituição que não podem ser reproduzidas fora de seus muros.

19.5 As Fazendas de Recuperação (Fazendas Terapêuticas)

Modelo de tratamento terapêutico muito pouco utilizado no Brasil, que funciona em regime de vida comunitária, obedecendo a um programa fundamentado na disciplina, na espiritualidade e no trabalho como recursos terapêuticos. Este modelo é utilizado com mais frequência nos países do leste europeu e asiáticos que foram parcialmente destruídos por guerras (por exemplo: Iugoslávia e Sérvia-Montenegro).

Fases do tratamento:

- **1ª fase (triagem):** Tem duração média de 60 dias e é realizada em regime de semi-internato. Seu objetivo é estabelecer uma conexão positiva entre o programa de tratamento e o D.Q.. Pretende-se nesse período que o dependente admita a sua doença e aceite o tratamento. Ainda nesta primeira fase inicia-se o trabalho com a família, através de reuniões semanais e como condição para que possam fazer visitas aos internos.
- **2ª fase:** Tem a duração de nove meses (que simboliza o tempo de gestação de uma nova vida) seu objetivo principal é promover a recuperação e o crescimento pessoal, mudando o estilo de vida do usuário através de pessoas interessadas no trabalho em conjunto. As fazendas terapêuticas representam um ambiente estruturado, com limites definidos, tanto morais quanto éticos, desenvolvendo um profundo respeito aos direitos humanos, imprescindíveis para as mudanças no comportamento e reinserção social.

Resumo

Nesta aula vocês aprenderam que a Redução de Danos não desconsidera a importância de outros tratamentos, apenas critica os modelos existentes, aprendendo com seus limites e impasses.

Aula 20 - Redução de Danos II

Nesta aula veremos de que maneira os D.Q. entram nesse processo de conquista de sua cidadania. A questão que fica é saber quais foram as conquistas realizadas pelos usuários de drogas.



Figura 20.1: Exercício da cidadania

Fonte: <http://www.historiadigital.org/>

Segundo a visão da Redução de Danos após dois séculos da reforma de Pinel, estamos vivendo um atraso no tratamento de D.Q., porque os modelos das Fazendas Terapêuticas bem como das Comunidades Terapêuticas, receberam duras críticas do próprio Ministério da Saúde. O D.Q. encontra na droga uma saída para seus problemas de angústia, vazio, questionamentos etc. achando que o consumo dessas substâncias poderá trazer a solução de seus problemas.

Segundo Zenoni não podemos abolir as instituições, porque ela guarda uma função social de importância extrema. Em alguns casos graves a dependência de SPAs não significa apenas fazer o tratamento, trata-se de ser protegido e a instituição é a única resposta nesta hora. Antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social, a fenômenos clínicos, a estados de psicose e outras manifestações de correntes de transtornos mentais. Para o mesmo Zenoni, o sujeito pode ser acolhido sem a obrigatoriedade de fazer um tratamento, que é deixado como uma opção, porque esta liberdade já tem efeitos terapêuticos. Enfim, o sujeito busca no uso da droga uma alternativa à saída do mal-estar em que se encontra em todos os sentidos de sua vida, achando ser esta maneira a única que poderá resolver os seus problemas.

20.1 Breves considerações psicanalíticas

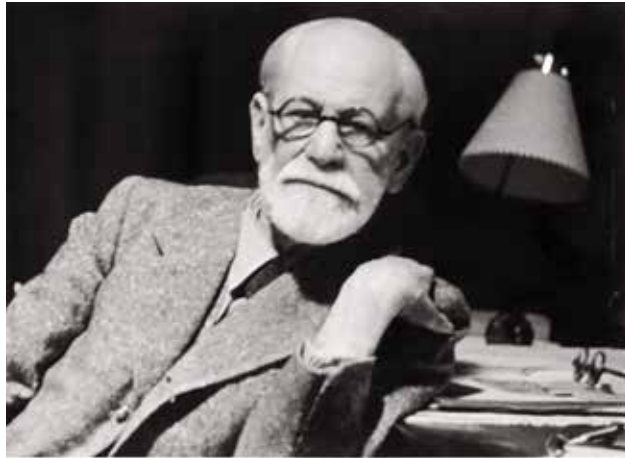


Figura 20.2: Sigmund Freud

Fonte: <http://www.tatikarinya.com.br/>

Nesta fundamentação teórica utilizaremos o conceito de pulsão de morte. Em 1930 Freud considerou o mal-estar na cultura, reconhecendo a autonomia da destrutividade na pulsão de morte, apontando-a como obstáculo maior à cultura. Freud neste texto conclui que “A destrutividade que se opõe a cultura” deve ser interiorizada, ou seja, voltada contra o próprio “eu”. Quando o superego é estabelecido e a destrutividade internalizada sob a forma de autoridade, os fenômenos da consciência atingem um estágio mais elevado e a destrutividade originária do homem, é contida.

“O preço que pagamos por nosso avanço em cultura é uma perda de felicidade pela intensificação do sentimento de culpa?”



Figura 20.3: Cultura

Fonte: <http://www.blogdomadeira.com.br/cultura/4615/>

Freud aponta três medidas utilizadas pelos homens em busca de alívio para o mal-estar que os acomete como resultado da sua inserção na cultura: a

atividade científica, a religião e a intoxicação. Segundo ele a mais eficaz é a intoxicação, pois torna o homem insensível à sua desgraça, podendo começar o uso/abuso de drogas proporcionando ao mundo externo sensações prazerosas. Daí a importância que o uso de drogas tem em nossa sociedade. A redução de danos parte do pressuposto de que a repressão e a proibição do uso de drogas não têm conseguido resultados efetivos.

20.2 Os programas de Redução de Danos

A redução de danos é um movimento internacional que surgiu em resposta ao crescimento da AIDS na década de 80. Antes de tornar-se um conceito e uma estratégia científica, a redução de danos foi um movimento político. Em 70 na Holanda foi estruturada uma política nacional tolerante às drogas. Em 72, antes mesmo antes da epidemia da AIDS, houve a publicação de um documento envolvendo os riscos do uso das mesmas, o que convergia para a aplicação de intervenções via redução de danos.

E. M. Engelsman (sociólogo holandês) assinala “A esse respeito, os holandeses mostram-se muito pragmáticos e tentam evitar uma situação na qual os consumidores de maconha sejam mais prejudicados pelos procedimentos criminais do que pelo uso da droga em si.”.

As estratégias de Redução de Danos em Liverpool (Inglaterra 1985) são:

- Troca de seringas e educação em sua comunidade;
- Prescrição de drogas como heroína e cocaína;
- Serviços de aconselhamento, emprego e moradia;
- Tratamento para a dependência, incluindo internação com desintoxicação.

Os fatores fundamentais vinculados à emergência da epidemia de AIDS, são:

- Intensa infecção pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como por hepatites entre usuários de drogas injetáveis.
- A estreita relação entre os casos de AIDS e o abuso de drogas.
- O aumento substancial do número de usuários/D.Q.
- Práticas interventivas com base na repressão e na proibição não conseguindo interferir no problema.

20.3 Sobre o direito à cidadania dos usuários de drogas

São direitos da cidadania os direitos civis: que garantem as liberdades individuais; os direitos políticos e os direitos sociais.

- Os argumentos usados pelos defensores da redução de danos, são:
- Não abandonar e discriminar os usuários de SPAs.



Figura 20.4: Título de Eleitor

Fonte: <http://pjpousoaalegre.blogspot.com.br/>

- Poupar os usuários da marginalização e danos físicos.
- Propiciar melhores chances de reinserção social.
- Multiplicidade de caminhos para sair das drogas.
- Um leque estendido em relação à rede de assistência social e sanitária.
- Troca de seringas, como uma vertente preventiva de contração de outras doenças infecciosas.
- Decisões políticas devem basear-se na responsabilidade coletiva, não podendo ficar presa à perspectiva individual de abstinência do usuário.

Resumo

Nesta aula você viu que o objetivo das ações de Redução de Danos deve ser a inclusão social e o rompimento da marginalização dos usuários de drogas.



Atividade de Aprendizagem

1. Fale sobre o tema Redução de Danos. O que você pensa, e por quê?

Aula 21 - Avaliação clínica de usuários nocivos e dependentes de álcool

Nesta aula veremos a importância de aprimorar a avaliação do paciente para a execução de um plano de tratamento, de modo a aumentar a sua efetividade.



Figura 21.1: Uso e abuso do álcool

Fonte: <http://salvoconduto.blogspot.com/>

21.1 Dependência ou uso nocivo

A primeira pergunta que um profissional deve se fazer é: “Meu cliente é um dependente ou está fazendo uso nocivo?”. Generalizar os casos é perigoso, principalmente quando se fala em adolescentes.

- Diagnóstico de dependência: Deve ser concretizado se 3 ou mais dos seguintes critérios forem exibidos durante 12 meses: forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância; síndrome de abstinência característica; evidência de tolerância; abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância; persistência do uso a despeito da evidência clara de consequências negativas;
- Diagnóstico de uso nocivo: É caracterizado por um padrão de consumo que causa um dano à saúde, que pode ser de natureza física ou mental. Esse padrão de consumo é frequentemente criticado por outras pessoas e está associado a consequências diversas.

Esses diagnósticos são de uso médico, porém é fundamental que profissionais de outras áreas da saúde possam ter esse conhecimento para melhor encaminhamento do paciente, bem como planejamento do tratamento.

21.2 Sintomas de abstinência

Diagramador: Acentuar graficamente as palavras do quadro: dependência, psíquica, física, síndrome, abstinência, tolerância.



Figura 21.2: Dependência/abstinência/tolerância

Fonte: <http://100riscos.cvg.com.pt/heroína.html>

Os sintomas de abstinência são fundamentais na Síndrome de Dependência Alcoólica e foram bastante estudados nas últimas décadas. A S.A.A. é considerada, muitas vezes, o principal indicador da existência da dependência.

São vários estes sintomas. A saber:

- Tremores;
- Náuseas e vômitos;
- Sudorese;
- Sensibilidade ao som (tinidos no ouvido);
- Coceiras;
- Câibras;
- Perturbações do humor e do sono.

Complicações da abstinência alcoólica envolvem alucinações, convulsões e *delirium tremens*.

21.2.1 Principais sintomas da S.A.A.

Os principais sintomas da S.A.A. podem ser descritos conforme a seguir:

- **Tremores:** variam de tremores finos nas extremidades até tremores generalizados pelo corpo inteiro, podendo ser intermitentes e leves ou incapacitantes.



Delirium Tremens é uma **psicose** causada pela abstinência ou suspensão do uso de drogas ou medicamentos frequentemente associada ao **alcoolicismo**, mas que também pode se apresentar com o uso prolongado ou abusivo de **benzodiazepínicos** ou **barbitúricos**. Assim, é uma forma mais intensa e complicada da abstinência.

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Delirium_tremens

- **Náuseas** (que não incluem necessariamente vômitos).
- **Sudorese:** vai desde uma sensação de pele úmida nos estágios iniciais da dependência até acordar completamente molhado pela manhã.
- **Perturbação do humor:** vai desde uma irritabilidade ligeiramente aumentada, até os estados de agitação, depressão e ansiedade.

Observação: o dependente grave de álcool pode ter sintomas de abstinência leve a qualquer hora do dia, ou seja, não é preciso um longo período de abstinência completa para ter os sintomas. Nos casos mais complicados, os sintomas podem ocorrer em 24 e 48hrs, após o término da ingestão da substância, tendo duração aproximada de 5 a 7 dias. Por isto a importância do profissional estar habilitado para reconhecer o quadro e prestar ou providenciar a assistência adequada.



21.3 Avaliação

É um processo que pode ter testes padronizados como um dos recursos para atingir seus objetivos, incluindo diferentes procedimentos como: medidas, identificar dimensões específicas da vida do sujeito, do seu ambiente e da relação entre eles, assim como prever o curso possível de casos, comunicar os resultados e propor soluções.

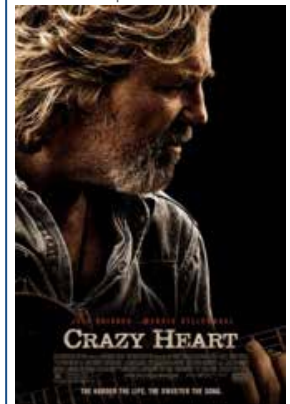
21.3.1 Como escolher um teste

Podemos escolher um teste por meio de:

- **Confiabilidade:** é a extensão em que a medida de um fenômeno estável (repetida por pessoas e instrumentos diferentes em momentos e lugares diferentes) alcança resultados semelhantes.
- **Validade:** é o grau correspondente entre os resultados de uma medida e o estado verdadeiro do fenômeno.
- **Sensibilidade e especificidade:** a sensibilidade é definida como a proporção dos indivíduos que apresentaram um teste positivo para a doença. A Especificidade é a proporção dos indivíduos sem a doença.
- **Pertinência do teste:** o teste deve ter relevância ao tema apresentado.
- **Administração dos testes:** os procedimentos na aplicação dos testes têm como objetivo garantir a validade da testagem.
- **Aplicador:** deve conhecer profundamente o material utilizado, para que possa oferecer respostas às questões levantadas.



Assista ao filme "**Coração louco**", com Jeff Bridges conta a história de superação de um homem deprimido, sozinho e solitário, que apela pelas últimas chances da carreira, deixa o orgulho de lado e encontra uma oportunidade de dar a volta por cima.





Para saber mais sobre Dependência de Substâncias Psicoativas, acesse o site: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1545/dependencia_de_substancias_psicoativas.htm.

- **Sigilo e divulgação dos resultados:** todo o candidato que se submeteu aos testes tem o direito a toda e qualquer informação que desejar.
- **Devolutiva:** aponta que a informação dos resultados é um direito do cliente e um dever do profissional (resultados e encaminhamentos).

21.4 Escalas utilizadas na avaliação da dependência alcoólica

Os instrumentos utilizados no tratamento de dependentes de álcool são classificados em cinco tipos, conforme o quadro a seguir:

Quadro 21.1: Instrumentos utilizados no tratamento de dependentes de álcool		
Instrumento	Teste usado	Objetivos específicos
Rastreamento	CAGE <i>Questionnaire</i>	Instrumento para detectar a dependência de álcool.
Diagnóstico	SCID – <i>Structured Clinical Interview For DSM-IV</i>	Diagnóstico de transtornos mentais.
Avaliação do tratamento	ASI - <i>Addiction Severity Index</i>	Investiga problemas decorrentes do uso de substâncias em sete áreas da vida: <i>status</i> médico, <i>status</i> de emprego, uso de álcool/droga, história familiar, relacionamento social e familiar, <i>status</i> legal e <i>status</i> psicológico.
Avaliação do comportamento	SOCRATES <i>Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale</i>	Investiga o grau de prontidão/motivação para a realização do tratamento, através dos estágios de reconhecimento, ambivalência e ação.
Instrumentos de avaliação de comprometimento em outras áreas	SF-36 <i>Short Form Health Survey</i>	Investiga padrão de qualidade de vida, através de uma reavaliação genérica da saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Resumo

Nesta aula você aprendeu a avaliar clinicamente usuários nocivos e/ou dependentes de álcool bem como alguns testes usados para este fim.



Atividades de Aprendizagem

1. Disserte sobre a diferença entre a dependência e o uso nocivo de álcool, definindo que tipo de tratamento você indicaria.
-
-

2. A partir dos testes indicados apresente outros testes que podem ser usados na avaliação, de acordo com os cinco instrumentos utilizados.
-
-

Aula 22 - Avaliação clínica de usuários e dependentes de cocaína

Nesta aula vamos abordar temas como Epidemiologia, efeitos e vias de administração de cocaína, assim como os critérios para avaliação clínica dos indivíduos usuários dessa substância.

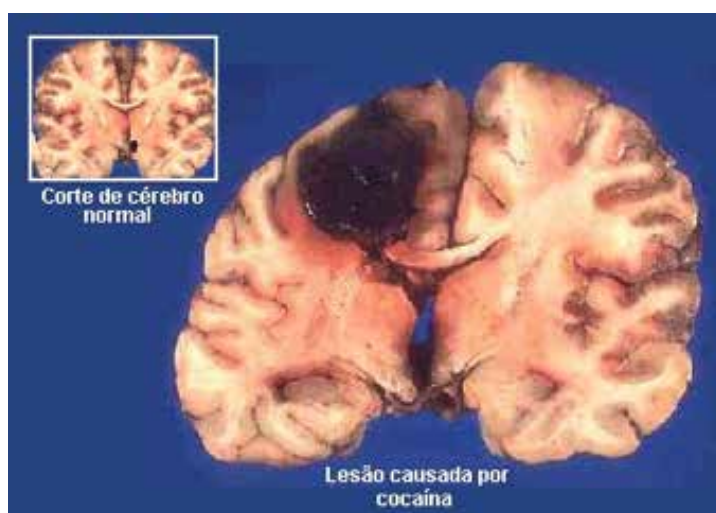


Figura 22.1: Lesão causada por cocaína

Fonte: <http://www.cerebromente.org.br/>

22.1 Epidemiologia do uso da cocaína

Os problemas surgidos com o uso da cocaína são preocupantes em termos de saúde pública. No mundo estima-se que 13,7 milhões de pessoas tenham usado a substância e, no Brasil, de acordo com o 1º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas, 7,2% dos indivíduos do sexo masculino, entre 25 e 34 anos de idade, já usaram a droga alguma vez na vida. Segundo o 4º Levantamento sobre o Uso de Drogas entre estudantes de 1º e 2º Grau em 10 capitais brasileiras, mostrou-se que estes têm consumido mais a droga e que o uso da cocaína está bem distribuído nas capitais estudadas. Dados preocupantes mostram também a gravidade do problema relacionado às crianças que vivem nas ruas de São Paulo: 35,3% delas já usaram o crack. É uma realidade preocupante, já que o uso do crack está associado a envolvimento criminal e alta taxa de mortalidade.



Epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas. Alguns autores também incluem na definição que a epidemiologia permite ainda a avaliação da eficácia das intervenções realizadas no âmbito da saúde pública.

Considerada como a principal "ciência básica" da saúde coletiva, a Epidemiologia analisa a ocorrência de doenças em massa, ou seja, em sociedades, coletividades, classes sociais, grupos específicos, dentre outros levando em consideração causas categóricas dos geradores estados ou eventos relacionados à saúde das populações características e suas aplicações no controle de problemas de saúde.

22.2 Cocaína: efeitos no cérebro e formas de uso



Figura 22.2: Cocaína/mulher

Fonte: <http://www.globomidia.com.br/>

A cocaína é uma substância estimulante, que atua no sistema de recompensa cerebral e seus efeitos podem variar, de acordo com a dose e as características individuais do usuário da substância. A estimulação do sistema de recompensa cerebral, durante o uso da droga, leva o indivíduo ao comportamento de repetição do uso. A cocaína pode ser utilizada de várias formas, a seguir demonstradas, conforme o Quadro 22.1:

Tabela 22.1: Manifestações Psicológicas			
Administração	Início da ação	Duração do efeito	Concentrações sanguíneas
Oral (mascada)	1h	Muitas horas	baixas
Intranasal	3-5 minutos	45-60 minutos	moderadas
Intravenosa (injetada)	1-2 minutos	10-20 minutos	altas
Inalada (<i>crack</i>)	30 segundos	5-10 minutos	altas

Fonte: Elaborado pelos autores.

Comprovou-se, através de pesquisas, que mais de 70% dos usuários de cocaína relataram mudanças na via de administração da droga e, dentre os dados analisados, a transição mais comum foi da cocaína cheirada para a fumada (*crack*), possivelmente pela disponibilidade e baixo preço da droga.

22.3 Sintomatologia Clínica: Intoxicação, Abstinência, Abuso e Dependência de Cocaína

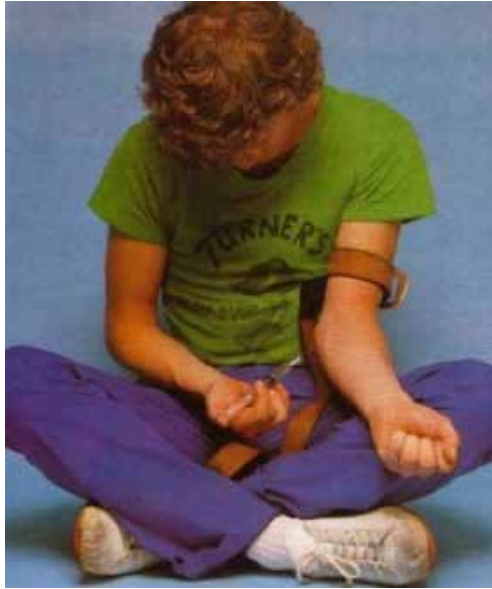


Figura 22.3: Injetando

Fonte: <http://bloglog.globo.com/>

Critérios diagnósticos para **intoxicação** com cocaína:

- a) Uso recente de cocaína;
- b) Alterações comportamentais ou psicológicas e clinicamente significativas: euforia; hipervigilância; ansiedade; tensão ou raiva; julgamento prejudicado; comprometimento no funcionamento social ou ocupacional, que se desenvolvem durante ou logo após o uso de cocaína.
- c) No mínimo dois dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se durante ou logo após o uso da cocaína:
 - Taquicardia ou **bradicardia**;
 - Hipertensão ou hipotensão arterial;
 - Sudorese ou calafrios;
 - Náusea ou vômitos;
 - Evidências de perda de peso;
 - Agitação ou retardo psicomotor;
 - Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias cardíacas;
 - Confusão mental, convulsões, **discinesias**, **distonias** ou coma.



Discinesias é um termo usado em Medicina que define certos tipos de movimentos involuntários anormais do corpo humano.

Distonia é uma doença que causa o congelamento dos movimentos durante uma ação, devido à contrações musculares involuntárias, lentas e repetitivas. É uma paragem brusca de movimento que pode conduzir a posições anormais e movimentos de torção de todo o corpo ou de algumas partes. Distonia é classificada como uma doença do sistema nervoso.

Bradicardia é um termo utilizado na medicina para designar uma diminuição na frequência cardíaca. Convencionam-se como normal no ser humano uma frequência cardíaca entre 60 e 100 batimentos por minuto. Frequências abaixo de 60 constituem a bradicardia. A bradicardia pode ser devido a variações normais do funcionamento do organismo, neste caso chamada de bradicardia fisiológica, ou devido a alguma doença, neste caso bradicardia patológica. Há várias causas possíveis desse tipo de arritmia.

Critérios para o **abuso** de cocaína:

- a) Um padrão mal adaptativo de uso de cocaína levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um prazo de 12 meses:
 - Uso recorrente da cocaína acarretando fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
 - Uso recorrente da cocaína em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
 - Problemas legais recorrentes relacionados à cocaína.
 - Uso continuado da cocaína, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes causados pelo uso da mesma.

Critérios diagnósticos para **abstinência** de cocaína:

- a) Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado da cocaína.
- b) Humor disfórico e no mínimo duas das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvidas de algumas horas a alguns dias após o critério acima citado:
 - Fadiga;
 - Sonhos v vidos e desagradáveis;
 - Ins nia ou hipersonia;
 - Aumento do apetite (hiperfagia);
 - Retardo ou agitação psicomotora.

Critérios para **dependência** de cocaína:

- a) Um padrão mal adaptativo de uso de cocaína levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por tr s (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer momento no mesmo período de 12 meses:
 - Tolerância;
 - Necessidade de quantidades progressivamente maiores de cocaína, para obter a intoxicação ou efeito desejado;
 - Abstinência;
 - Síndrome e/ou consumo para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;



Para saber mais sobre os efeitos da cocaína no cérebro, acesse: <http://www.cerebromente.org.br/n08/doencas/drugs/anim1.htm>.



Assista ao filme “**O Vencedor**”, com Christian Bale e Mark Wahlberg. Veja o drama da família na ajuda de um dependente químico.



- A cocaína é consumida frequentemente em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da droga;
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção da cocaína;
- Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas;
- O uso da cocaína continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico.

Resumo

Nesta aula foi aprendido como avaliar clinicamente um usuário de cocaína, considerando não apenas o envolvimento com a droga, mas aspectos associados às modificações de seu comportamento, pensamentos, aspectos físicos e de funcionamento psicossocial.

Atividades de Aprendizagem

1. Com o que você aprendeu nesta aula cite alguns critérios de diagnóstico que diferenciam o abuso de cocaína e a dependência de cocaína.



Anotações



Aula 23 - Avaliação clínica de usuários de maconha

Nesta aula vamos estudar sobre a avaliação clínica, efeitos e vias de administração da maconha, assim como os critérios para avaliação clínica dos indivíduos usuários dessa substância.

Quando um paciente chega a um serviço buscando ajuda, é a primeira etapa do tratamento e requer um cuidado especial, tendo basicamente três objetivos:

1. Entrevista: em geral, é o primeiro encontro do paciente com um entrevistador ou seu futuro terapeuta e é nesse momento que o indivíduo terá sua primeira impressão. Por isto a entrevista inicial é significativa para se iniciar um tratamento.
2. Coleta de informações: para se ter um perfil do paciente e consequentemente chegar a um diagnóstico.
3. Definição do diagnóstico: é importante por que irá definir o planejamento do tratamento.

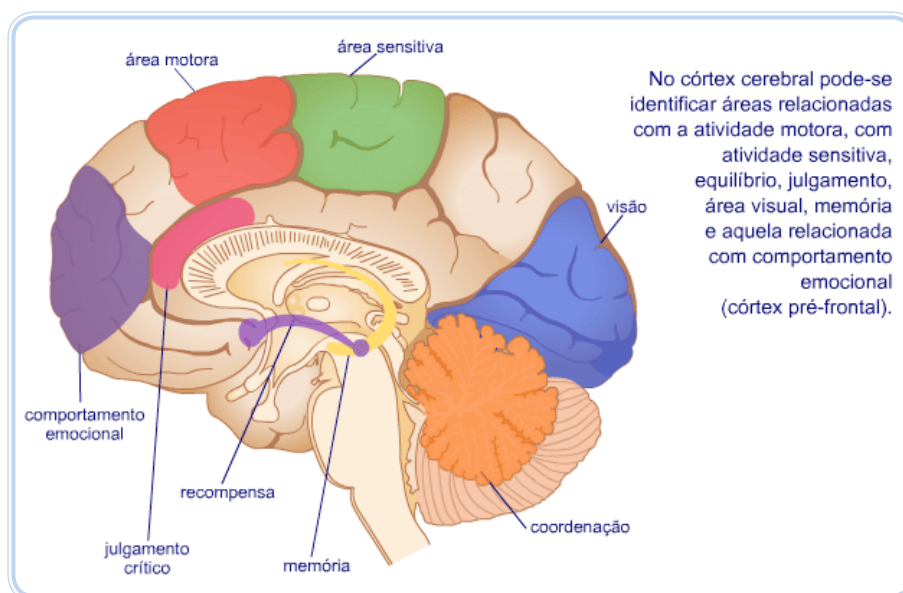


Figura 23.1: Circuito da recompensa cerebral

Fonte: http://reginaldobatistasartes.blogspot.com.br/2011_12_01_archive.html

23.1 A avaliação clínica

A avaliação clínica do usuário de maconha, deve conter cinco informações básicas:

1. **Queixa atual:** o que trouxe o paciente a buscar ajuda com detalhes do problema.
2. **História pessoal:** desenvolvimento, escola, profissão, relações afetivas e sociais e saúde.
3. **História do uso de substâncias:** quando iniciou, evolução do uso como frequência e quantidade, dia típico, sintomas de abstinência e dependência, problemas associados ao uso, tratamentos e qual a droga de escolha.
4. **História familiar:** parentes com histórico de doenças psiquiátricas com uso/abuso de substâncias.
5. **Formulação do diagnóstico:** a partir das informações recebidas na entrevista, é elaborado um diagnóstico preliminar.

23.2 Instrumentos

No caso da maconha, alguns instrumentos foram selecionados para que usuários da mesma fossem avaliados. Veja o quadro a seguir:

Quadro 23.1: Instrumentos no uso da maconha	
Instrumentos	Características
Addction Severity Index – ASI	É constituído de uma série de questões sobre sete áreas: médica, emprego, álcool, droga, legal, familiar/social e psicológica. A escala mede severidade de problemas nessas áreas auxiliando o diagnóstico.
University Of Rhode Island Change Assessment – URICA	Consiste em 32 afirmações de como a pessoa se sente frente ao seu uso de maconha.
Time Line Follow Beck – TLFB	- Calendários diários de cada mês, retomando os últimos 90 dias, quando a pessoa dirá se usou maconha. - Uma entrevista na qual constem questões sobre a história do uso. - Questionários de utilização de serviços para verificar quantos tratamentos já foram feitos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

23.3 Maconha e transtornos do humor

Estudos sugerem que indivíduos deprimidos estão mais propensos ao uso/abuso de maconha e que este consumo está relacionado ao aumento da ansiedade, pioras da depressão e tentativas de suicídio. Quando o início do uso da maconha é precoce, os riscos para se ter depressão são maiores, por que o cérebro ainda é imaturo e está mais sensível aos efeitos patológicos da droga. Pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar do humor possuem



Para saber mais sobre instrumentos no uso da maconha, consulte os sites:
http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ps_139.htm
<http://www.inec-usp.org/cursos/curso%20VI/epidemiologia.htm>

altos índices de uso de substâncias. Os dependentes de maconha passam mais tempo no estado de mania e os dependentes de álcool mais tempo em depressão, comparado aos pacientes que não são dependentes de substâncias.

23.4 *Canabis* e outros transtornos

Estudos com jovens adultos (entre 17 e 28 anos) com uso abusivo ou dependência de maconha percebeu-se que o déficit de atenção e hiperatividade foram maiores em relação a indivíduos que não usavam a droga. A ansiedade também é um dos sintomas mais encontrados em usuários da maconha. A maconha também parece estar relacionada ao risco de recaída do consumo de outras drogas como o álcool e a cocaína, quando estes estavam abstinentes. Tal descoberta pode influenciar o tratamento não apenas nos que utilizam a maconha como droga de preferência, bem como daqueles pacientes que tentam “amenizar” a falta de outras drogas.

23.5 Tratamentos

O tratamento para dependentes de maconha ainda está em constante desenvolvimento e descoberta, por se tratar de um assunto obscuro e pouco investigado. Levando-se em conta que não existem substâncias substitutivas para a maconha, o tratamento é direcionado para os sintomas ou quadros de comorbidades.

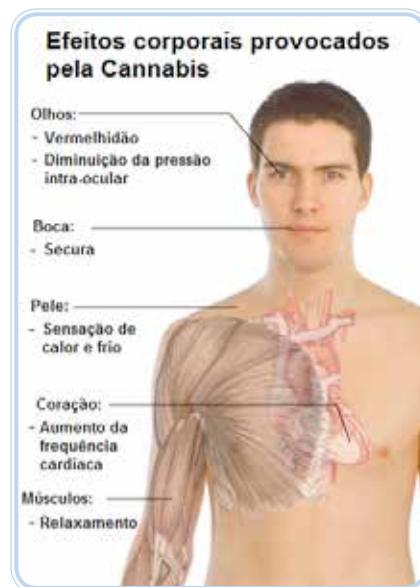


Figura 23.2: Efeitos corporais provocados pela maconha
Fonte: <http://www.odiarior.com/>

Resumo

Nesta aula vocês puderam concluir que, embora o uso/abuso de maconha seja um problema de saúde pública, ainda sua avaliação clínica, instrumentos para se detectar o consumo e tratamentos são escassos e necessitam de pesquisa.

Aula 24 - Ambivalência: o dilema da mudança

Nesta aula identificaremos, compreenderemos, mostraremos os conflitos, as expectativas e como trabalhar este comportamento tão presente em usuários de drogas: A Ambivalência.



Figura 24.1: Dilema da mudança

Fonte: <http://www.matupanews.com.br/>

24.1 Identificação da Ambivalência

Muito pode ser feito para aumentar a prontidão de uma pessoa para a mudança. É notável a presença do: “quero... mas não quero”. Num primeiro momento a ambivalência aparece quando se ouve: “vim procurar ajuda” e minutos depois: “mas não é nada tão sério assim”. Inicia-se um desafio! Daí a importância da sensibilidade de como abordar, do terapeuta, pois é importante ressaltar que é comum sentir-se dividido em relação a algo durante as experiências de nossas vidas.

Mesmo reconhecendo os riscos, os custos e danos que envolvem comportamentos dos usuários de drogas, muitas e na maioria das vezes há o conflito do “parar”, pois também há o apego e a atração pela continuidade de uso. É equivocado tratar a ambivalência como um distúrbio de personalidade. A sugestão cabível e sensata é uma reeducação e persuasão do terapeuta apontando sim as consequências adversas desse problema. Ou seja, mostrar ao paciente a necessidade da mudança, atuando juntamente com o conflito do paciente, é um primeiro passo muito importante para não combater o conflito, mas de reconhecê-lo, aceitá-lo e entendê-lo, facilitando o processo do aconselhamento das sugestões feitas pelo terapeuta.

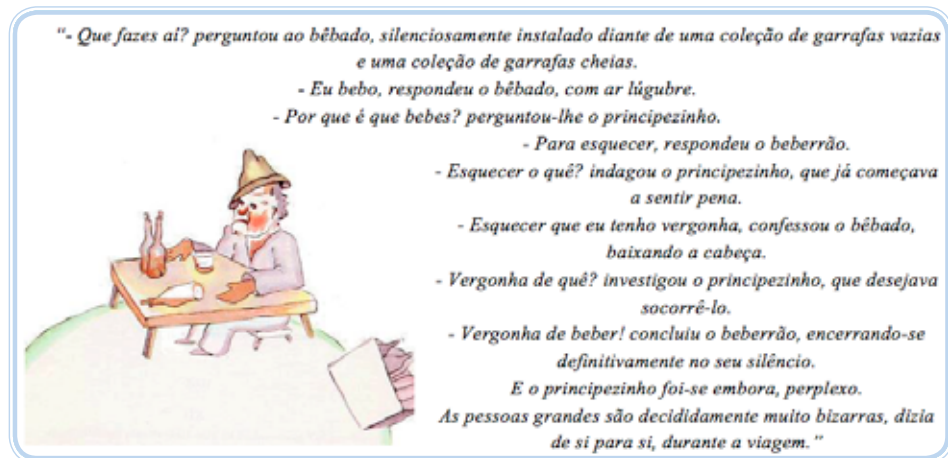


Figura 24.2: Beberrão - Trecho do livro: O Pequeno Príncipe

Fonte: <http://umbomlugarparaleralivro.blogspot.com.br/>

24.2 Compreensão da Ambivalência

Trabalhar com a ambivalência é trabalhar com a essência do problema. Um motivo pelo qual as "internações breves" podem trazer resultados positivos é porque elas ajudam as pessoas a se desprenderem de sua ambivalência, a decidir-se pela mudança.



Figura 24.3: Uso de drogas entre amigos

Fonte: <http://veja.abril.com.br/>

A ambivalência é um estado mental com sentimentos coexistentes, porém, conflitantes onde a pessoa se envolve em dilemas de comportamento: "fazer ou não fazer?". O que pode parecer simples para uma pessoa, para outras é um verdadeiro conflito.

24.3 Apego às drogas

O conflito do apego se desenvolve em diferentes graus. O que faz diferenciar o apego é a emergência ao comportamento. A emergência poderá ser por diversos processos: Dependência farmacológica, tolerância, padrões de aprendizagem ou condicionamento e enfrentamento.

- **Tolerância:** É um fenômeno que se não for controlado a tempo, cada vez mais o indivíduo requer uma “dose” a mais para satisfazer o efeito desejado. Daí a importância de ser um processo consciente das inúmeras dificuldades.
- **Padrões de aprendizagem ou condicionamento:** Estabelecendo associações e manifestações de comportamento onde descontraidamente não percebem o problema, como, por exemplo, a saída para um “*happy hour*” estar associada somente à ingestão de álcool do que ao momento de descontração e relaxamento do nível de stress após o trabalho. Inserir nestes momentos outras bebidas sem álcool compartilhadas com um bom “bate-papo” é um excelente começo!
- **Enfrentamento:** Também chamado de “dependência psicológica”, ou seja, em momentos desagradáveis ou difíceis o usuário consome a droga para lidar melhor com o problema. Acostuma-se a usar droga para relaxar, para dormir, ou se sentir confortável ou ainda com o poder aparentemente existente, pois, isso não deixa de ser uma muleta para seu crescimento e amadurecimento.

24.4 O Conflito: Aproximação/Evituação

Dada a importância do conceito “conflito” em muitas teorias psicológicas, este foi descrito sob três aspectos, conforme o quadro a seguir:

24.3.1 Dependência farmacológica

Mudanças físicas e tempo de adaptação para se promover um bem estar com retirada da droga, onde somente a perseverança e o tempo vão reajustar o corpo que se encontra num novo estado. Aos poucos o indivíduo vai chegando mais perto da vitória.

Quadro 24.1: Conflitos

Tipo de conflito	Características
Aproximação-Aproximação	É quando se está dividido entre duas alternativas igualmente atraentes, positivas.
Evitação-Evituação	É quando as duas alternativas têm consequências negativas.
Aproximação-Evituação	Quando não se pode estar nem deixar de estar com a escolha feita. É esse o principal conflito, que aparenta ter potencial especial que mantém pessoas aprisionadas e com stress. Neste conflito a pessoa é igualmente atraída e repelida por um único objeto.

Fonte: Elaborado pelos autores.

24.5 Valores

Os pacientes usuários de drogas possuem pontos de vistas diferenciados no que se diz respeito a valores. Problemas físicos como, por exemplo, são ocasionados pelo uso de drogas e que por nós é visto como “alarme”, algo a se “considerar”, para o usuário pode ser algo que ele “simplesmente tem que aguentar”.

24.6 Expectativas

Algumas expectativas surtem grande efeito no comportamento de usuários. Exemplo: Não parar com a droga, pois nunca conseguirá, seus esforços serão inúteis; só de pensar em usar novamente a droga, ficar maravilhado e ter uma recaída, ou voltar a usar a droga por acreditar que sem ela não conseguirá enfrentar a vida.

24.7 Autoestima

Uma baixa autoestima pode acarretar sérias depressões. Por isso a importância de se valorizar a autoestima que é um pré-requisito necessário para se motivar a mudança de comportamento.

24.8 Trabalhar com a Ambivalência

Pode ser um componente normal e comum de muitos problemas psicológicos, dizemos que é o fenômeno central no comportamento de usuário de drogas. O desafio é descobrir como ajudar a fortalecer sua motivação para a mudança.

Para isso é importante perceber a necessidade de cada paciente, compreender os elementos dos conflitos e a situação específica de cada um.

Resumo

Nesta aula, vimos que a Ambivalência é algo que surge na maioria dos tratamentos com dependentes químicos. E quando estruturada e compreendida pode ser trabalhada.



Atividades de Aprendizagem

1. Qual a diferença que você percebeu entre os três aspectos do conflito e como poderia exemplificá-los?

Aula 25 - A Intervenção Breve e a Entrevista Motivacional Breve

Nesta aula veremos dois modos de abordagem e avaliação, atualmente utilizados para tratamento de Dependentes Químicos.



Figura 25.1: Terapia individual

Fonte: <http://www.grupotrec.com/talleresycursos.html>

25.1 O impacto das intervenções breves

Pesquisadores sobre o tratamento da Dependência Química descobriram que intervenções breves de uma a três sessões comparam-se em impacto a tratamentos mais prolongados para problemas relacionados ao uso/abuso de drogas. Em consonância com esses achados, a intervenção motivacional breve é uma abordagem viável para o tratamento ambulatorial. Aqueles que recebem um aconselhamento breve bem planejado mostram uma evolução na mudança do comportamento adicto, comparados aos que não receberam nenhum aconselhamento. Estes estudos perceberam que um período mais curto do que aquele que geralmente constitui um “tratamento” é mais eficaz na mudança de comportamento. As intervenções breves bem sucedidas não incluíam medicações, treinamento de habilidades, condicionamento ou psicoterapia. Seu efeito é trazer à tona a decisão e o comprometimento com a mudança. Uma vez que a decisão é tomada, a pessoa poderá usar suas habilidades naturais para realizar a modificação de seu comportamento

25.2 Ingredientes Ativos do Aconselhamento Breve Eficaz

São seis elementos da terapia que funcionam como “princípios ativos” comuns às intervenções breves eficazes. Veja o quadro a seguir:



Figura 25.2: Feedback

Fonte: <http://colunas.revistapegn.globo.com/>

Quadro 25.1: Ingredientes ativos do aconselhamento breve eficaz

Ingredientes	Princípio ativo
Devolução	As intervenções breves eficazes, incluem uma avaliação estruturada por meio da qual o paciente recebe o <i>feedback</i> sobre o seu estado atual. Este <i>feedback</i> proporciona ao paciente uma oportunidade de refletir sobre sua situação no momento.
Responsabilidade	Na intervenção breve é primordial dar ênfase na responsabilidade pessoal do paciente pela mudança.
Recomendações	São conselhos claros para que o paciente mude seu hábito de consumir substâncias psicoativas. A orientação é que, se necessário, o paciente procure outros tratamentos e que as Entrevistas Motivacionais, inclusive breves, fazem parte desse processo.
Inventário	Outra abordagem que consiste em oferecer aos pacientes uma variedade de estratégias para a modificação de seu comportamento/problema.
Empatia	A empatia do terapeuta é um forte determinante da motivação e da mudança no paciente.
Autoeficácia	Outra ênfase comum presente nas intervenções breves é o reforço da autoeficácia, da esperança e do otimismo do paciente.

Fonte: Elaborado pelos autores



Assista ao filme “O Divã”, com Lilia Cabral conta a história de Mercedes, uma mulher de 40 anos que vive às voltas com as alegrias e desafios da sociedade contemporânea.



25.3 A Entrevista Motivacional Breve

Uma maneira de oferecer intervenções breves é ser absolutamente direto: dar às pessoas informações e orientações quanto à necessidade de mudar seu comportamento. Existem dois princípios básicos de não confrontar as preocupações dos pacientes:

- Selecionar estratégias;
- Oferecer informações adequadas.

A entrevista motivacional breve é uma técnica que evita o processo cansativo de apresentar bons argumentos para a mudança, porque sua tarefa é simplesmente ajudar os pacientes a fazerem o trabalho sozinho.

25.4 A condução de uma sessão

Para se conduzir uma sessão de entrevista motivacional breve, o entrevistador deve saber fazer perguntas abertas, resumos e ter escuta reflexiva. A tarefa

deles é fazer um julgamento de qual estratégia é a melhor. O objetivo da sessão motivacional breve é ajudar as pessoas a tomarem decisões acertadas.

25.5 Tocando no assunto do uso de substâncias

Os problemas de dependência não se apresentam de forma clara, podendo as pessoas não gostar de falar sobre o seu uso e muito menos acreditar que tem um problema ou precisam mudar seu comportamento. O objetivo é encorajá-los a explorar seu consumo de drogas, percebendo esse problema. Alguns pacientes são mais relutantes do que outros e uma pergunta direta deve ser feita: “Você não acha que pode estar usando drogas um pouco demais?”. Existem duas estratégias para isso: 1ª) estabelecer o *rapport* durante 5 a 10 minutos. 2ª) usar perguntas abertas adequadas.

25.6 Explorando preocupações e opções de mudança

A seguir, vamos apresentar algumas estratégias para lidar com as opções de mudança. Tais como:

- Pergunte em detalhes sobre o uso de substâncias
- Pergunte sobre um dia de consumo típico
- Pergunte sobre o estilo de vida e o stress
- Pergunte primeiro sobre a saúde e então sobre o uso de substâncias
- Pergunte primeiro sobre as coisas boas e depois sobre as não tão boas
- Pergunte sobre o uso de substâncias do passado e agora
- Ofereça informações e pergunte: “O que você acha?”
- Pergunte diretamente sobre as preocupações
- Pergunte sobre o próximo passo

25.7 Encerramento da sessão

O sucesso de uma sessão breve é medido quando se percebe que o paciente tomou a decisão de iniciar uma mudança de comportamento. Enfatizar a liberdade de escolha e sua disposição de proporcionar um apoio são muito importantes neste estágio.

Resumo

Vocês aprenderam nesta aula que uma abordagem de confronto é menos eficaz do que o uso de estratégias motivacionais e intervenções breves, conforme estudos realizados por especialistas contemporâneos.

A-Z

“*Rapport*” (palavra francesa que significa padrão) é o padrão mínimo da estrutura de entrelaçamento dum tecido, por extensão pode ser o padrão mínimo das cores quando fazem parte do entrelaçamento. Exemplo é o *tartan* que tem seu raporte no “xadrez” característico e pode ser tela ou derivado desta no entrelaçamento fundamental. Na estamparia contínua também o conceito é reutilizado para confeccionar quadros (rolos) serigráficos. Colocar as peças no seu devido lugar.

Aula 26 - Abordagem Integrada

Nesta aula veremos que a abordagem integrada foi desenvolvida para tratar os transtornos relacionados ao uso de substâncias. Evitando que nenhum método de tratamento seja considerado melhor que o outro, a abordagem integrada não requer e nem recomenda adesão a um método de tratamento tradicional. Pelo contrário, essa abordagem é não dogmática e encoraja os terapeutas a exercerem criatividade, flexibilidade e racionalidade.



Figura 26.1: Abraço

Fonte: <http://lonesomepumpkin.blogspot.com.br/>

A abordagem é integrada por que mistura muitas abordagens de tratamento que são aparentemente concorrentes, e incluem:

- Aconselhamento à dicção orientado pelos 12 passos;
- Psicoterapia de apoio;
- Terapia cognitivo-comportamental;
- Terapia Rogeriana centrada no cliente;
- Terapia psicodinâmica orientada ao *insight*;
- Terapia para aumento da motivação;
- Terapia de redução de danos;
- Terapia interpessoal;
- Educação do paciente e farmacoterapia.

26.1 Certos elementos componentes e certas características diferenciadas da abordagem integrada

O que difere na abordagem integrada:

- A centralidade da relação terapêutica;
- A aplicação do modelo de estágios de mudança;
- A aplicação de técnicas de entrevista motivacional;
- A divisão do tratamento em estágios sucessivos;
- O uso da hipótese de automedicação;
- O uso de aspectos do modelo de doença para justificar um pedido de total abstinência;
- O uso de teste de urina no local como uma ferramenta clínica para apoiar e reforçar a mudança de comportamento;
- A facilitação do envolvimento do paciente em programas de autoajuda;
- Evitar certas armadilhas e dilemas terapêuticos.

A-Z

Dogma

é o ponto fundamental de doutrina religiosa ou filosófica, apresentado como certo e indiscutível.

26.2 Centralidade da relação terapêutica

A principal característica na abordagem integrada é a ênfase que se dá na relação terapêutica entre o paciente e o terapeuta. As técnicas usadas são de aumento da motivação e planejadas para facilitar a mudança de comportamento do usuário.



Para saber mais sobre as fases do tratamento leia o livro de prevenção da recaída desenvolvido por Paulo Knapp e José Manoel Bertolote.

KNAPP, P.; BERTOLOTE, J. M.

Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Quadro 26.1: As fases do tratamento	
Fases	Tipo de tratamento
Primeira fase: Avaliação	As principais tarefas desta fase são fazer com que o paciente perceba os problemas relacionados ao uso de drogas e a importância que ele dá na relação terapêutica.
Segunda fase: Estabelecimento de metas e planejamento do tratamento individualizados.	Nesta fase o essencial é combinar as intervenções do tratamento ao nível de motivação e grau de prontidão para mudar o paciente. Encontrar "a melhor combinação" entre onde o paciente está e o que o terapeuta deve fazer para produzir uma mudança positiva de comportamento.
Terceira fase: Agindo	Esta fase deve ajudar os pacientes a mudarem seus comportamentos, bem como atingir seus objetivos de reduzir ou parar o uso de substâncias.
Quarta fase: Prevenindo a recaída	Esta fase concentra-se em fazer o que é necessário para manter os ganhos positivos e prevenir a recaída para o padrão anterior de uso de substâncias.
Quinta fase: A psicoterapia na recuperação em curso e em estágio posterior	Esta não é uma fase específica de tratamento, mas uma linha que tem como foco o sentimento e o tempo certo das intervenções baseadas em necessidades individuais.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Relembrando das aulas anteriores. Os cinco estágios da mudança são:

- Pré-contemplação;
- Contemplação;
- Preparação;

- Ação;
- Manutenção.



Figura 26.2: O que dizer em uma entrevista
 Fonte: <http://trabalhe-conosco.com/>

26.4 Técnicas de entrevista motivacional

Miller e Rollnick (1991) propuseram oito blocos construtivos essenciais das estratégias motivacionais resumidas através do mnemônico “ABCDEFGH”.

Mnemônico é um auxiliar de memória.

- **ACONSELHE:** um simples conselho dado pelo terapeuta esclarecido e cuidadoso pode ser motivacional e influenciável.
- **Elimine as BARREIRAS:** os pacientes necessitam de ajuda em sua recuperação prática e emocional e de mudanças nas barreiras de atitude.
- **Ofereças ESCOLHAS (CHOICES):** isto está baseado na crença que a motivação aumenta quando é dada ao paciente uma escolha voluntária.
- **Diminua O DESEJO:** uma profunda avaliação de pontos positivos e negativos de uma pessoa que usa substâncias psicoativas revela consequências desagradáveis, assim como noções distorcidas a respeito do uso da substância e de seus supostos benefícios.
- **Pratique a EMPATIA:** um estilo empático do terapeuta está associado a baixos níveis de resistência.
- **Ofereça FEEDBACK:** uma tarefa motivacional importante é oferecer respostas claras a respeito de uma situação de um paciente.

- **Esclareça os OBJETIVOS (GOALS):** uma tarefa essencial é ajudar o paciente a atingir objetivos que sejam realistas, desejáveis e alcançáveis.
- **Dinamizar a AJUDA (HELP):** os terapeutas devem ser dinâmicos, otimistas, envolvidos e capacitadores.

26.5 Encorajando o envolvimento nos programas de autoajuda

Esse sistema deve ser usado como complemento do tratamento e da recuperação de pacientes usuários de substâncias. Nas reuniões de grupo de autoajuda, o paciente percebe que não está sozinho diante de seus comportamentos autodestrutivos e com isso poderá usufruir da ajuda do terapeuta e de outros membros do grupo, no sentido de se manter em abstinência.

26.6 Evitando certas armadilhas e dilemas terapêuticos

Muitas vezes o paciente expressa ambivalência com relação a querer parar com o uso da substância (resistência). O paciente pode entender que o terapeuta está relutante em focar as áreas de interesse, quando se segue então, uma poderosa batalha, onde o terapeuta pode cair na armadilha de “gato e rato”. O terapeuta deve se manter atento aos sinais de envolvimento interno ou à armadilha de “salvador”, no qual se torna mais motivado do que o paciente em abordar o uso da substância.

Resumo

Nesta aula aprendemos quais os elementos existentes em uma abordagem integrada para tratar os pacientes usuários de substâncias, reunindo diversidade e flexibilidade. Essas intervenções devem ser distintas e são combinadas quando os pacientes se movimentam através dos diferentes estágios de recuperação.



Atividades de Aprendizagem

1. Fale sobre os oito blocos construtivos e essenciais nas estratégias motivacionais.
-
-

Aula 27 - Avaliação

Nesta aula veremos alguns componentes de uma avaliação que são apresentados em uma sequência específica, usada para estruturar o processo de entrevista. A avaliação é vista como o início da fase do tratamento e como uma intervenção clínica que estabelece o rumo a ser seguido.



Figura 27.1: Testes para autoavaliação

Fonte: <http://sitededicadas.ne10.uol.com.br/>

27.1 A abordagem terapêutica para avaliação

Obter informações precisas sobre o uso de drogas de seus pacientes depende muito da criação de um ambiente seguro que favoreça aos pacientes serem francos e honestos e estarem dispostos a se abrirem com o terapeuta sobre os detalhes de seu uso, sem temer julgamentos ou rejeição. A avaliação é onde se inicia o processo terapêutico e onde frequentemente ocorre um final repentino deste processo com pacientes que abusam do uso de drogas.

Os pacientes, em geral, se referem à primeira entrevista como um momento de decisão crítico no enfrentamento de seu problema com o uso de substâncias. A avaliação proporciona uma oportunidade única para aumentar a motivação dos pacientes para a mudança de comportamento.

27.2 Iniciando a abordagem do uso de substâncias psicoativas

Quando um abuso de substâncias não é a queixa principal do paciente que foi consultá-lo, deve-se tomar uma decisão estratégica sobre quando e como levantar a questão do uso de drogas. Se o terapeuta focar prematuramente ou gastar muito tempo nessa questão sem primeiro abordar as queixas apresentadas, o paciente pode ficar com raiva e sentir-se incompreendido.

Geralmente, é melhor perguntar sobre o uso de drogas sob prescrição médica e de álcool antes de questionar sobre o uso de drogas ilícitas. As perguntas com relação ao uso de substâncias devem ser feitas de forma discreta e sem julgamentos, de modo a incentivar uma conversa aberta e honesta.

27.3 Questionário sobre uso de substâncias autoadministrado

Este instrumento pode economizar bastante tempo, pois oferece uma abundância de informações clínicas antes da entrevista em si. O questionário está dividido em várias seções, cada uma abordando um aspecto diferente do uso de substâncias do paciente:

- História de uso de substâncias;
- Perfil de uso de substâncias;
- Consequências do uso de álcool e drogas;
- História de tratamento;
- Efeitos positivos do uso de substâncias;
- Problemas físicos relacionados ao uso de substâncias;
- Comportamentos sexuais e o uso de substâncias.



Figura 27.2: Sofrimento

Fonte: <http://crescer-hoje.blogspot.com.br/>

27.4 Razões para buscar ajuda

Algumas perguntas que devem ser feitas aos pacientes que procuram o terapeuta voluntariamente em busca de ajuda:

- Quais foram os acontecimentos recentes que o levaram a marcar um horário para vir aqui hoje?
- O que teria que acontecer aqui hoje para você sentir que essa visita valeu a pena?

- Como você vê seu uso de drogas e o que espera fazer a respeito se houver alguma coisa a ser feita?

Algumas perguntas dirigidas aos pacientes que estão sendo pressionados ou coagidos a buscar sua ajuda:

- De quem foi a ideia de você vir consultar aqui hoje?
- O que as pessoas observaram que as fez pensar que você precisaria estar aqui hoje?
- Você concorda com as razões de elas quererem que esteja aqui hoje?

27.5 Perfil do uso de substâncias

Para adquirir este perfil alguns aspectos devem ser considerados. Tais como:

- Tipos de substâncias usadas;
- Via de administração da droga;
- Quantidade, frequência e padrão de uso;
- Ambientes, circunstâncias e antecedentes do uso;
- Incapacidade de controlar o uso;
- Padrão de automedicação com álcool e drogas;
- Tolerância aumentada;
- Apagamentos (blackouts);
- Efeitos positivos do uso de substâncias;
- Consequências negativas do uso de substâncias.

27.6 O papel dos membros da família no atual uso do paciente

É frequente dizer que a dependência química é uma “doença de família”, não só porque o problema traz um componente genético, como também porque o comportamento de pessoas significativas em relação ao usuário atua de maneira importante na continuação do uso ou na abstinência. É importante saber, por exemplo, se qualquer membro da família:

- Na atualidade usa drogas junto com o paciente;
- Custeia o uso de substâncias do paciente pagando suas despesas, enquanto o mesmo gasta mais seu dinheiro com drogas;
- De alguma maneira sabota as tentativas do paciente em parar de usar;

- Compensa o comportamento do paciente protegendo-o de vivenciar as consequências negativas do uso de substâncias.

27.7 Oferecer o *feedback* e avaliar a prontidão para a mudança



Figura 27.3: Preso

Fonte: <http://www.midiaindependente.org/>

Uma vez que a avaliação esteja completa, suas próximas tarefas são:

- Oferecer um *feedback* útil;
- Solicitar a resposta do paciente para o seu *feedback*;
- Avaliar a prontidão para a mudança do paciente na preparação para negociar um plano de tratamento inicial.

O *feedback* deve realmente apresentar os dois aspectos mais evidentes dos resultados da avaliação. Seu propósito não é ficar insistindo a respeito de sua resistência, mas destacar os aspectos problemáticos do uso de substâncias. A motivação para a mudança aumenta quando uma pessoa reconhece a diferença entre onde ele está agora e aonde ele quer estar. O processo de oferecer *feedback* e avaliar a prontidão para a mudança consiste em quatro passos. Veja o quadro a seguir:

Quadro 27.1: Passos no processo de oferecer *feedback*

Passos	Características
1. Resumir os resultados da avaliação	O <i>feedback</i> deve iniciar com um relato resumido destacando os aspectos mais importantes dos resultados da avaliação.
2. Apresentar e explicar o diagnóstico	Isto implica não somente que o paciente se conscientize do diagnóstico, como também, explicar-lhe como você chegou a ele e instruí-lo sobre as características que irão definir o tratamento.
3. Expor suas preocupações clínicas	Nesta etapa o terapeuta deve ser específico sobre os aspectos problemáticos do uso de substâncias.
4. Avaliar prontidão do paciente para a mudança	<ul style="list-style-type: none">- Os motivos que fizeram a pessoa procurar ajuda;- Até que ponto a pessoa admite as consequências negativas;- As reais intenções do indivíduo em mudar seu comportamento;- A capacidade do indivíduo de fazer as mudanças necessárias;- Qual a mudança que ela está disposta a considerar neste momento.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Resumo

Nesta aula você pode ver os vários componentes de uma avaliação abrangente do uso de substâncias e a abordagem clínica para essa avaliação, levando em consideração algumas técnicas da entrevista motivacional.

Atividade de Aprendizagem

1. Levando em conta o que você aprendeu nesta aula, explique qual a importância da avaliação antes de indicar o tratamento necessário.



Anotações



Aula 28 - Programas de prevenção no ambiente de trabalho

Como acreditamos que existem diferentes possibilidades de abordagem na prevenção ao uso de drogas e álcool, veremos nesta aula algumas ações de prevenção nas empresas.



Figura 28.1: Acidente de trabalho

Fonte: <http://consultoriagomeseoliveira.blogspot.com.br/>

28.1 Reconhecendo a prevenção nas empresas

Sabemos que não há um programa pré-definido de prevenção ao uso abusivo de drogas e álcool no ambiente de trabalho, pois é necessário considerar as peculiaridades e a realidade de cada empresa.

Elaborando um conhecimento prévio tanto do ambiente quanto das características da população em questão, teremos informações mais definidas para preparar a intervenção particularmente.

É importante que a empresa implante uma política realista para a abordagem da questão, pois não mais acreditamos que o trabalhador ao entrar na empresa esqueça seus problemas e dificuldades pessoais.

Atualmente não é mais privilégio de grandes empresas a política de prevenção; elas já estão muitas vezes reconhecendo a existência do problema e se conscientizando que isto afeta claramente no rendimento, produtividade e segurança no ambiente de trabalho.

Desmistificando o assunto, converte-se em incentivo à procura de ajuda por aqueles que apresentam o problema, facilitando sua reinserção no ambiente de trabalho.

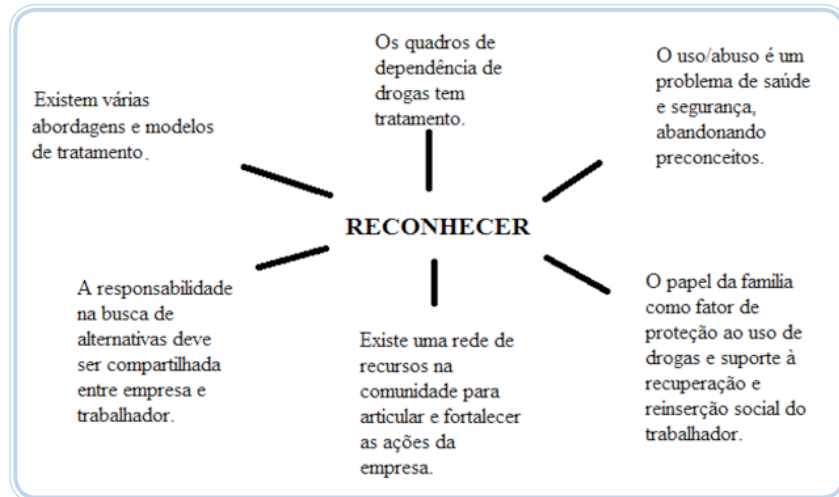


Figura 28.2: Reconhecer

Fonte: Elaborado pelos autores.

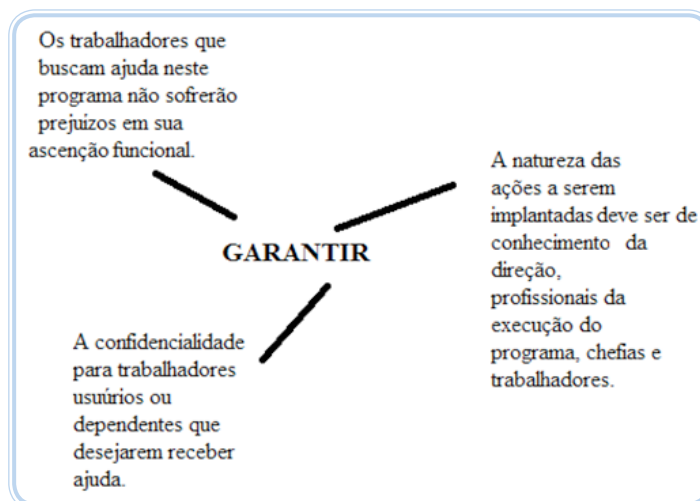


Figura 28.3: Pressupostos de uma política de prevenção no ambiente de trabalho

Fonte: Elaborado pelos autores.

28.2 Aspectos positivos das ações de prevenção no ambiente de trabalho

Para o trabalhador:

- Acesso a informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos.
- Oportunidade de reflexão e ajuda profissional para uma possível alteração tanto de seu padrão de consumo quanto de seu estilo de vida.

- Participação pró-ativa nas ações que promovem a saúde e a segurança no trabalho.

Para a empresa:

- Aumentar o comprometimento dos trabalhadores.
- Melhorar a imagem da mesma se colocando como socialmente responsável perante a comunidade e o mercado de trabalho.
- Reduz os custos relacionados à saúde e segurança.
- Aumenta a produtividade.
- Reduz o número de acidentes de trabalho.
- Reduz o **"turn over"** e **"absenteísmo"**.

Veja a seguir, no Quadro 28.1, alguns modelos de prevenção de acidente de trabalho.

A-Z

Turn over: é o movimento de entradas e saídas, admissões e desligamentos de profissionais na empresa.

Absenteísmo: é a ausência do trabalhador ao serviço no horário de expediente.

Quadro 28.1: Alguns modelos de prevenção de acidentes de trabalho

Prevenção	Características
Solicitação de informações sobre drogas e álcool	Através de palestras, discussões, áudio, vídeo, pôsteres, panfletos, mensagens em demonstrativos de pagamentos e jornais internos, ocorre a ampliação do conhecimento a respeito dos diversos tipos de substâncias e seus efeitos e consequências. Promove-se assim, atitudes que possam afastar o trabalhador do uso de drogas e álcool.
Educação afetiva e desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais	Através de palestras, deliberações, dinâmicas de grupo acontece a melhoria da autoestima encorajando a tomada de decisões e propiciando a assertividade e o desenvolvimento interpessoal e das habilidades de comunicação.
Criação de alternativas ao uso de drogas	A partir da organização e desenvolvimento de atividades de lazer e de convivência, recreacionais e culturais, participação em projetos de serviços comunitários e orientação profissional, o trabalhador sente-se confiante com o aumento da autoestima ocorrendo a redução de condições de stress, pressão e alienação.
Desenvolvimento de habilidades de resistência ao uso de drogas	Introduzindo discussões em grupo, dramatização, atividades monitoradas por profissionais especialistas em prevenção, desenvolvem-se as habilidades necessárias para resistir à influência e à pressão social para o uso de drogas, bem como coloca à disposição o conhecimento sobre as consequências negativas imediatas que ocorrem nestas situações.

Fonte: Elaborado pelos autores.



Assistam ao vídeo "Acidente de Trabalho", no link:
<http://www.youtube.com/watch?v=twqMPjJ9VGQ>



Figura 28.4: Acidente de trabalho 2

Fonte: <http://www.radiosorriso.com.br/>

Resumo

Nesta aula foram apresentadas possibilidades de ações efetivas em empresas que favorecem a reflexão, a conscientização e mudança de comportamento para usuários de álcool e drogas dentro do ambiente de trabalho.



Atividades de Aprendizagem

1. Através do que foi abordado nesta aula, qual a importância de se conversar sobre o tema: Dependência química dentro da empresa?

2. Você acredita que as ações apresentadas nesta aula possam favorecer tanto a empresa como o trabalhador? Descreva a razão da sua resposta.

Anotações

Aula 29 - Álcool e redução de danos no ambiente de trabalho

Nesta aula veremos as consequências negativas tanto para a empresa quanto para o trabalhador quando o mesmo faz uso abusivo do álcool, um breve histórico sobre as mudanças que ocorreram judicialmente a respeito deste assunto e o aspecto positivo da redução de danos neste contexto.



Figura 29.1: Policial bebendo

Fonte: <http://joseronaldosilva.blogspot.com.br/>

29.1 Trabalhador dependente ou usuário de álcool

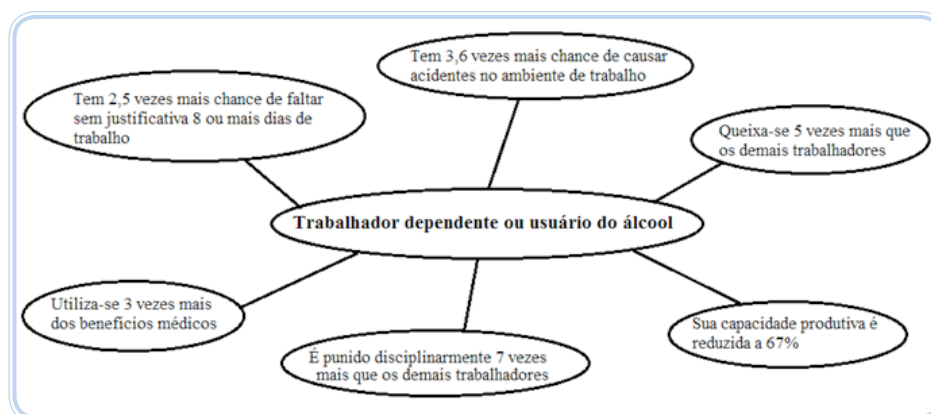


Figura 29.2: Consequências negativas

Fonte: Elaborada pelos autores.

Consequentemente, não é só a empresa que vai sofrer danos com o trabalhador usuário do álcool, mas também, as relações interpessoais comprometem o clima organizacional e a qualidade de vida.

29.2 Breve histórico

No final da década de 70 e início da de 80 foram feitas, no Brasil, as primeiras discussões que associavam o consumo excessivo do álcool ao ambiente de trabalho. Essa questão era até então, literalmente tratada à luz da lei, que conforme a consolidação das leis do trabalho (CLT, Decreto-Lei n. 5.452), diz no seu artigo 482, item f: “constituem justa causa para rescisão de contrato pelo empregador embriaguez habitual ou no serviço”.

Os movimentos sindicais e a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e de saúde foram se fortalecendo, surgindo assim um novo modelo que tomou forma nos serviços de saúde ocupacional e recursos humanos nas empresas. Determinando a reintegração de trabalhadores demitidos, as decisões judiciais de vanguarda, surpreenderam as empresas, que precisaram assim, buscar novas formas de abordar a questão. Passou a fazer parte da agenda dos profissionais de saúde ocupacional e recursos humanos, os problemas que decorrem do consumo excessivo e da dependência do álcool nas empresas, não sendo tão somente tratados nas esferas médica e policial.



Para saber mais sobre o Projeto de lei que preserva o trabalhador com alcoolismo, consulte o site, <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1044861>



Figura 29.3: Psicologia

Fonte: <http://www.gazetadopovo.com.br/>

29.3 Redução de danos e o consumo de álcool no ambiente de trabalho

Qualquer ação que visa a diminuição do risco associado ao consumo do álcool é sempre bem vinda por parte de toda a comunidade empresarial, tendo em vista que a reflexão feita pelo trabalhador é o primeiro passo para a abstinência. Uma campanha que tem repercussão positiva é a denominada “passaporte da folia”. Consiste numa cartilha impressa, no formato de passaporte, com ampla divulgação. Realizada nos dias que antecedem o carnaval ela instrui, pontua e estimula o ato de beber moderadamente lembrando o indivíduo das consequências do abuso. Há também a possibilidade de ser usada a mesma campanha, através do computador, nas empresas em que os trabalhadores utilizam como ferramenta de trabalho. Ao abrir o computador recebem-se na tela, textos ilustrados, enfatizando o tema da campanha:



Figura 29.4: Não exagere

Fonte: <http://intrometendo.com/>

O enfoque na responsabilidade individual torna-se intenso, porém em nenhum momento se afirma: “não beba” ao público alvo. Isto nos mostra que a redução de danos não tem uma conotação direta com a abstinência, porém poderá ser a alavanca para chegar à mesma, pois temas vinculados à diminuição de fatores de risco que o abuso do álcool pode acarretar têm como: a diminuição da violência, a intoxicação aguda, os acidentes de trânsito, o sexo desprotegido etc. Assim, entendemos que a redução de danos pode ser também uma alternativa positiva na abordagem do consumo de álcool dentro do ambiente de trabalho, propiciando então, a possibilidade da estabilidade de emprego, pois através da reflexão e da ampliação da consciência, que a redução de danos propicia, acarretará a diminuição dos atrasos frequentes e absenteísmo, acidentes de trabalho e atritos pessoais com os colegas. Em relação à empresa diminuirão possivelmente, os danos ao patrimônio, avaria em equipamentos, custos com demissões, licenças médicas e rotatividade de mão de obra.

Resumo

Nesta aula você conheceu os aspectos negativos que acarretam ao trabalhador e ao seu ambiente de trabalho, quando o mesmo faz uso abusivo ou é dependente do álcool. Vimos também que a redução de danos é uma abordagem que traz a este trabalhador, a possibilidade da reflexão sobre o seu problema, trazendo tanto para ele quanto para a empresa aspectos positivos.

Aula 30 - Abordagem, atendimento e reinserção social

Nesta aula você verá os passos da avaliação social, o encaminhamento e acompanhamento dos trabalhadores usuários de álcool, e por fim sua reinserção social.



Figura 30.1: Trabalhador bebendo

Fonte: <http://www.claudioaugusto.com.br/>

30.1 Abordagem

É importante que o profissional ao abordar o trabalhador, tenha o conhecimento das possibilidades de ajuda que ele poderá oferecer, bem como das expectativas que a empresa tem em relação ao compromisso do trabalhador a partir das orientações propostas. Inicia-se então a primeira etapa para elaboração do diagnóstico da situação:

- a) A avaliação social, ou seja, a porta de entrada para o tratamento, permitindo uma leitura global da situação do trabalhador.

É necessário ficar atento aos mecanismos de defesa utilizados frequentemente pelos trabalhadores usuários, seus familiares e chefia que são:

- Negação (bloqueio de percepções reais); Exemplo: “ele não está irritado, ele sempre foi assim”.
- Racionalização (justificativa de um comportamento); Exemplo: “o chefe está sempre me perseguindo, por isso acabo bebendo”.

- Projeção (atribuir a alguém as dificuldades que são do indivíduo usuário); Exemplo: “ele bebe por que a esposa só faz cobranças e o humilha na frente dos outros”.



Figura 30.2: Homem x mulher

Fonte: <http://blogxunda.blogspot.com.br/>



Os passos para a avaliação social são:

- b) Acolhimento:** Para que o trabalhador usuário perceba que existe a possibilidade de mudança é necessária uma leitura positiva do profissional que está avaliando, ou seja, concluir para o indivíduo que “é difícil, mas é possível” diferente de “é possível, mas é difícil”. Começa-se aí uma parceria que traduz “esperança”.
- c) História de vida:** O profissional, em conjunto com o trabalhador, fará um mapeamento da sua vida através de cinco aspectos fundamentais:
 - **Vida pessoal e familiar** (a partir da coleta de dados da família de origem, sua vida pregressa e a formulação ou dissolução da família atual).
 - **Vida funcional** (sua atividade dentro da empresa incluindo dinâmica de relacionamentos e responsabilidades).
 - **Vida econômico-financeira** (levantamento das suas condições financeiras e econômicas). Observando se o trabalhador possui e contrai dívidas maiores do que o seu ganho.
 - **Vida sociocomunitária** (análise do grau de alteração do relacionamento com amigos antigos, vizinhos etc.). Sua participação na comunidade e possíveis envolvimento com a polícia que estejam relacionados ao uso de substâncias.

- **Vida espiritual** (identificação da orientação espiritual do trabalhador independente da sua religião ou credo).

30.3 Profissional em relação ao trabalhador e sua família

Para se obter muitas informações, a família será de grande importância e, para isto, o trabalhador deverá ter o conhecimento de que sua família será entrevistada. Cabe ao profissional a sensibilidade de comunicá-lo da melhor maneira possível, porém, não se preocupando com o seu consentimento.

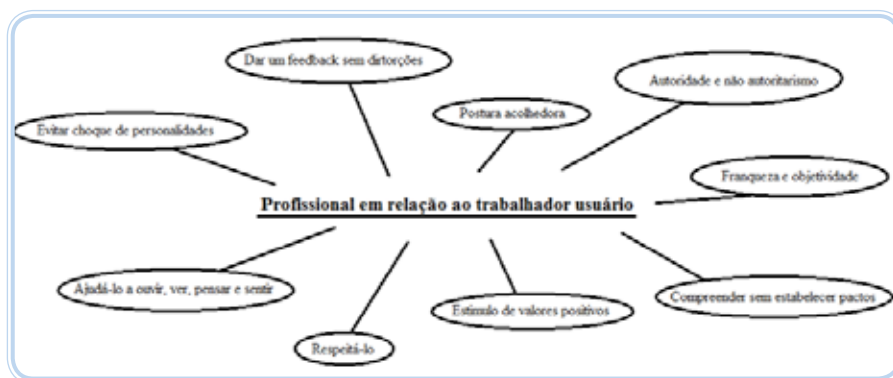


Figura 30.3: Profissional em relação ao trabalhador usuário

Fonte: Elaborado pelos autores.

30.4 Encaminhamento

A partir da avaliação global da situação familiar e funcional do trabalhador é que o profissional, junto ao trabalhador e seus familiares, poderão decidir qual o tratamento e os recursos mais adequados para tal. É importante conhecer pessoalmente os locais para os quais pode-se encaminhar o trabalhador e aí estamos nos referindo a uma rede composta de profissionais, instituições públicas e privadas.

30.5 Acompanhamento

O acompanhamento do trabalhador em tratamento poderá ser de:

- **Acompanhamento interno:** são ações realizadas dentro da empresa, por meio de entrevistas individuais e, quando necessário, com a chefia; atendimento ambulatorial; ou grupo de apoio em reuniões realizadas na própria empresa, durante o horário de trabalho.
- **Acompanhamento externo:** contatos e visitas à família, a profissionais ou outros recursos da comunidade. O acompanhamento externo deve buscar novos recursos comunitários que facilitem a reinserção social.



Assista ao filme “Erin Brockovich: uma mulher de talento”, com Julia Roberts e veja que a personagem principal do filme desafia sozinha uma das maiores companhias do mundo.



30.6 A reinserção social

“Uma longa viagem começa com um único passo”. (Lao Tse)

A reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é capacitar o trabalhador a exercer o seu direito à cidadania. O processo de reinserção começa com avaliação social, suporte que dará ao indivíduo um novo projeto de vida. Assim, o profissional e o trabalhador devem entender a reinserção social como um processo longo e gradativo que implica superar os próprios preconceitos e da sociedade em geral.

Resumo

Nesta aula você aprendeu como abordar, atender e reinserir socialmente o trabalhador que é usuário abusivo ou dependente do álcool, bem como trabalhar e reestruturar a sua família.



Atividades de Aprendizagem

1. A partir do que você aprendeu nesta aula, como você agiria se tivesse um membro da sua família que fosse um trabalhador usuário abusivo ou dependente de álcool? E se não fosse membro da sua família, qual seria a sua opinião?

Anotações

Considerações finais

Caros alunos,

Esperamos que com o conhecimento que aqui lhes foi dado, possam exercer seus trabalhos com seriedade, competência e responsabilidade. Sabemos que o resultado depende de cada um de vocês, mas desde já nos sentimos gratificados pelo trabalho que nos foi confiado e por compreender que trabalhar com o ser humano é sempre fascinante.

Um abraço a todos e muito sucesso!

Professores Alceu e Silvia



Referências

- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/Ensp, 1995.
- ASEN, K. Avanços na terapia de famílias e de casais. In: GRIFFIT, E.; DARE C. **Psicoterapia e tratamento das adições**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BATISTA, M.; INEM, C. **Toxicomania**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sette Letras, 1997.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1953. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 ago. 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 18 jul. 2012.
- CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.
- DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.
- FAGEESTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with to individualization of treatment. **Addictive behaviors**, v. 3. p. 235-241, 1978.
- INVENTÁRIO DE TRIAGEM NO USO DE DROGAS. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n1/anexo3%2818%29.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2012.
- KNAPP, P.; BERTOLOTE, J. M. **Prevenção da recaída**: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- MACHADO, A. P.; MORONA, V. C. **Manual de Avaliação Psicológica**. Coletânea Conexão Psi - Série Técnica. Curitiba: Unificado, 2007.
- MILAM, J. R.t; KETCHAM, K. **Alcoolismo**: os mitos e a realidade. Tradução de Auripebo Berrance Simões. São Paulo: Nobel, 1986.
- MILLER, J. P. **O milênio da inteligência competitiva**: *millenium intelligence*. São Paulo: Bookman, 2000.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Tradução de Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- SILVA, M. de L. da. *et al.* **Alcolismo**: um problema com o qual muitos convivem, porém poucos conhecem. São Paulo: Edicon, 1986.
- SILVEIRA, D. X. *et al.* **Um guia para a família**. 4. ed. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003.

UNIVERSIDADE SANTA ÚRSULA. Centro de Estudos de Drogas da Universidade. Santa Úrsula – CEDUSU. **Educação e prevenção do abuso de drogas**. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1992.

WASHTON, A. M.; ZWEBEM, J. E. **Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas**. Tradução de Mônica Armando. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WILLIAMS, A. V.; MEYER, E.; PECHANSKY, F. Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 23, n. 4, p. 407-414, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n4/06.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

ZENONI, A (2000). **Qual instituição para o sujeito psicótico?** Abrecampos- Ano I-Junho. Belo Horizonte; FHEMIG

ENGELSMAN, E.M. apud Marlatt, G.A **Redução de Danos-Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre; Artes Médicas, 1999.

Referências das figuras

Figura 1.1: Estágios motivacionais

Fonte: <http://www.ritaalonso.com.br/?p=40423>

Figura 1.2: Pré-contemplação

Fonte: <http://iasdjuvevecuritibapr.blogspot.com.br/2011/09/quer-mudar-algo-na-sua-vida-tome-uma.html>

Figura 1.3: Desejo de mudança

Fonte: <http://juntosdq.blogspot.com.br/>

Figura 1.4: Preparação

Fonte: http://casainordem.blogspot.com.br/2010_07_01_archive.html

Figura 1.5: Alcançar a mudança

Fonte: <http://www.sucessoarreiraevida.com.br/index.php/2010/02/05/elaborando-um-plano-de-acao/>

Figura 1.6: Manutenção

Fonte: <http://neuroblog.com/author/oconsultorio/>

Figura 2.1: Terapeuta como catalisador

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2.2: Chaves da motivação

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2.3: Motivação e ambivalência

Fonte: <http://amaraljorge.blogspot.com.br/2009/08/um-motivo-para-acao.html>

Figura 3.1: Entrevista motivacional

Fonte: <http://enquantoisso.com/curso-gratis-entrevista-motivacional-online-e-onde-fazer/>

Figura 3.2: Inauguração do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) no Centro Histórico de Salvador

Fonte: <http://www.comunicacao.ba.gov.br/fotos/2012/01/27/inauguracao-do-centro-de-atendimento-psicossocial-alcool-e-drogas-caps-ad-no-centro-historico-de-salvador/270112MDC%2001.jpg>

Figura 4.1: Avaliação psicológica

Fonte: <http://clinicadilascio.com.br/testes.html>

Figura 4.2: Teste Psicológico

Fonte: http://www.lucianarondon.com.br/noticias_ver/Teste-psicologico-pode-eliminar-em-concurso-mas-e-possivel-questionar/7

Figura 4.3: Entrevista em grupo

Fonte: <http://www.grupoapoema.com.br/blog/2010/07/22/concurso-publico-da-prefeitura-de-itapuranga-go/>

Figura 5.1: Cartas Positivas (1) e Negativas (2)

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722007000400006&script=sci_arttext

Figura 5.2: Consumindo cocaína

Fonte: http://maisquecuriosidade.blogspot.com.br/2010_08_01_archive.html

Figura 6.1: Processo da deterioração com uso de drogas (8 anos)

Fonte: <http://blogdomrx.blogspot.com.br/2008/08/droga-coisa-de-viciado.html>

Figura 6.2: Determinação

Fonte: <http://blogdoerikson.blogspot.com.br/2010/08/determinacao.html>

Figura 7.1: Dependência do Crack

Fonte: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2010/06/06/interna_brasil,196279/index.shtml

Figura 7.2: Cena do filme "Trainspotting"

Fonte: <http://www.munccrew.com/2012/01/random-movie-trainspotting.html>

Figura 8.1: Alcoolismo

Fonte: <http://www.vidasemdrogas.org/alcool.html>

Figura 8.2: Adultos bebendo

Fonte: <http://super.abril.com.br/blogs/como-pessoas-funcionam/tag/alcool/>

Figura 8.3: Crianças bebendo

Fonte: <http://machineblack.blogspot.com.br/2012/02/receitas-milagrosas-contras-ressaca-do.html>

Figura 9.1: Tabagismo

Fonte: <http://jornalcidade.uol.com.br/rioclaro/dia-a-dia/saude/48814-Centro-de-referencia-em-tabagismo-capacita-profissionais>

Figura 9.2: Fumante

Fonte: <http://www.megalozebu.com.br/2011/11/brasil-sem-cigarro/mulher-fumando/>

Figura 9.3: cirurgia cardiovascular

Fonte: <http://quarttopoder.com/portal/geral/saude/justica-de-abare-obriga-municipio-a-realizar-cirurgia-cardiaca-de-urgencia-em-idosa>

Figura 10.1: Álcool e outras drogas

Fonte: <http://gajop.org.br/justicacitada/?p=876>

Figura 10.2: Família

Fonte: <http://www.aromauniversal.com.br/2012/01/estudo-familia-abencoada.html>

Figura 11.1: Dependente em Álcool

Fonte: <http://colunistas.ig.com.br/cip/2010/05/27/pesquisa-diz-que-publicidade-estimula-consumo-de-alcool-entre-adolescentes/>

Figura 11.2: Teste sendo aplicado

Fonte: <http://www.linkatual.com/enem-2011-dicas-prova.html>

Figura 12.1: CAPS

Fonte: <http://www.carlosbritto.com/arcverde-vai-ganhar-unidade-do-caps/>

Figura 12.2: Assistência médica e hospitalar

Fonte: <http://www.unimedhne.com.br/noticia/71/ANS-intensifica-monitoramento-dos-contratos-entre-operadoras-e-prestadores.html>

Figura 12.3: Ajuda médica

Fonte: <http://drogas8d.wordpress.com/tratamento-da-dependencia-de-drogas/>

Figura 12.4: Suporte social

Fonte: <http://www.clinicaclinap.com.br/ler.php?id=5>

Figura 12.5: Comunidades terapêuticas

Fonte: <http://www.viamaxi.com.br/2011/11/relatorio-aponta-violacoes-de-direitos-humanos-de-dependentes-quimicos-em-comunidades-terapeuticas/>

Figura 13.1: Prevenção da recaída

Fonte: <http://otabaco.com/tabagismo/prevencao-da-recaida>

Figura 13.2: Recaída

Fonte: <http://drogas8d.wordpress.com/tratamento-da-dependencia-de-drogas/>

Figura 14.1: Grupo de Autoajuda

Fonte: <http://www.cidadaonet.com.br/?pg=noticias-conteudo&id=589>

Figura 14.2: Situação de risco

Fonte: <http://bandab.pron.com.br/blogs/denise-mello/balada-ou-cilada-2104/>

Figura 15.1: Abordagem familiar

Fonte: <http://religiao.divulgueconteudo.com/150692-drogas-e-familia>

Figura 15.2: Meio familiar como enfoque terapêutico

Fonte: <http://religiao.divulgueconteudo.com/150692-drogas-e-familia>

Figura 15.3: Tensão e conflito familiar

Fonte: <http://saudetrabalho.blogspot.com.br/2011/10/saude-mental-no-trabalho-seu-trabalho-e.html>

Figura 15.4: Interferência das drogas na família

Fonte: <http://passeissoadiante.blogspot.com.br/2011/11/dependencia-quimica.html>

Figura 16.1: Apoio familiar

Fonte: <http://profreporter.blogspot.com.br/2012/05/o-mal-das-drogas.html>

Figura 16.2: Adolescente grávida

Fonte: <http://cadernosociologia.blogspot.com.br/2010/09/diariamente-12-adolescentes-sao-maes.html>

Figura 16.3: Avô e netos

Fonte: <http://anjoseguerreiros.blogspot.com.br/2011/11/com-crise-avos-espanhois-sofrem.html>

Figura 17.1: Co-dependência

Fonte: <http://www.casaagape.com.br/424/as-cincos-fases-da-co-dependencia/>

Figura 17.2: Treinamento da solução dos problemas

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 17.3: Cracolândia

Fonte: <http://www.topgesto.com.br/blog/o-crack-e-a-internacao-compulsoria/>

Figura 17.4: TFEB

Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 18.1: Terapia de casais

Fonte: <http://www.tribunamix.com.br/noticia.php?id=115>

Figura 18.2: Terapeuta

Fonte: <http://blogdepln.blogspot.com.br/2010/03/hipnoterapia.html>

Figura 19.1: Tabela de preço (Drogas) – Holanda

Fonte: <http://phinformix.blogspot.com.br/2012/04/curiosidades-sera-que-holanda-vai-banir.html>

Figura 19.2: Philippe Pinel

Fonte: <http://jdummarpsiatria.blogspot.com.br/>

Figura 20.1: Exercício da cidadania

Fonte: <http://www.historiadigital.org/historia-do-brasil/brasil-republica/questao-enem-2009-genero-dos-eleitores/>

Figura 20.2: Sigmund Freud

Fonte: <http://www.tatikarinya.com.br/2009/05/26/principio-do-prazer-x-principio-da-realidade-qual-e-a-relacao-desta-dia-de-com-a-educacao/sigmund-freud/>

Figura 20.3: Cultura

Fonte: <http://www.blogdomadeira.com.br/cultura/4615/>

Figura 20.4: Título de Eleitor

Fonte: <http://pjpousoalegre.blogspot.com.br/2010/04/com-finalidade-de-estimular-jovens-de.html>

Figura 21.1: Uso e abuso do álcool

Fonte: <http://salvoconduto.blogs.sapo.pt/94506.html>

Figura 21.2: Dependência/abstinência/tolerância

Fonte: <http://100riscos.cvg.com.pt/heroina.html>

Figura 22.1: Lesão causada por cocaína

Fonte: <http://www.cerebromente.org.br/n08/doencas/drugs/anim1.htm>

Figura 22.2: Cocaína-mulher

Fonte: <http://www.globomidia.com.br/produtos/coca%C3%ADna>

Figura 22.3: Injetando

Fonte: <http://bloglog.globo.com/blog/blog.do?act=loadSite&id=148&mes=12&ano=2010>

Figura 23.1: Circuito da recompensa cerebral

Fonte: http://reginaldobatistasartes.blogspot.com.br/2011_12_01_archive.html

Figura 23.2: Efeitos corporais provocados pela maconha

Fonte: <http://www.odiario.com/blogs/inforgospel/2009/02/03/maconha-jovens-marchando-para-a-morte/>

Figura 24.1: Dilema da mudança

Fonte: <http://www.matupanews.com.br/noticias-editorial-ver.php?id=23462>

Figura 24.2: Beberão

Fonte: <http://umbomlugarparalermulivro.blogspot.com.br/2011/07/capitulo-12-o-pequeno-principe.html>

Figura 24.3: Uso de drogas entre amigos

Fonte: <http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/politica-cia/carlos-alberto-sandenberg-maconheiro-de-carteirinha/>

Figura 25.1: Terapia individual

Fonte: <http://www.grupotrec.com/tallerescursos.html>

Figura 25.2: Feedback

Fonte: <http://colunas.revistapegn.globo.com/extrememakeover/2012/05/18/7-dicas-para-dar-feedback-a-seus-funcionarios/>

Figura 26.1: Abraço

Fonte: <http://lonesomepumpkin.blogspot.com.br/2012/01/sobre-abracos.html>

Figura 26.2: O que dizer em uma entrevista

Fonte: <http://trabalhe-conosco.com/o-que-dizer-em-uma-entrevista-de-emprego>

Figura 27.1: Testes para auto avaliação

Fonte: <http://sitededicas.ne10.uol.com.br/testes.htm>

Figura 27.2: Sofrimento

Fonte: <http://crescer-hoje.blogspot.com.br/2009/11/estas-lagrimas-rose-nascimento-estas.html>

Figura 27.3: Preso

Fonte: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2006/02/345682.shtml>

Figura 28.1: Acidente de trabalho
Fonte: <http://consultoriagogomeseoliveira.blogspot.com.br/2011/06/estabilidade-de-emprego-no-contrato-de.html>

Figura 28.2: Reconhecer
Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 28.3: Pressupostos de uma política de prevenção no ambiente de trabalho
Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 28.4: Acidente de trabalho 2
Fonte: <http://www.radiosorriso.com.br/index.php/new/29754/banner%20moto>

Figura 29.1: Policial bebendo
Fonte: <http://joseronaldosilva.blogspot.com.br/2012/01/policiais-flagrados-bebendo-cerveja-sao.html>

Figura 29.2: Consequências negativas
Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 29.3: Psicologia
Fonte: <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaacidania/conteudo.phtml?id=1044861>

Figura 29.4: Não exagere
Fonte: <http://intrometendo.com/como-evitar-a-ressaca/>

Figura 30.1: Trabalhador bebendo
Fonte: <http://www.clauderioaugusto.com.br/2010/08/comissao-do-senado-proibe-justa-causa.html>

Figura 30.2: Homem x mulher
Fonte: <http://blogxunda.blogspot.com.br/2010/04/homens-x-mulheres.html>

Figura 30.3: Profissional em relação ao trabalhador usuário
Fonte: Elaborado pelos autores.

Atividades autoinstrutivas

1. Qual estágio motivacional identifica que o problema com o uso/ abuso de drogas foi reconhecido?

- a) Manutenção
- b) Ação
- c) Preparação
- d) Contemplação
- e) Pré-contemplação

2. Quando o indivíduo busca ações específicas para alcançar a mudança de comportamento em relação ao consumo de spas:

- a) estágio da preparação
- b) estágio da ação
- c) estágio da pré-contemplação
- d) estágio da manutenção
- e) estágio da contemplação

3. No estágio da pré-contemplação o indivíduo:

- a) Considera ter um problema
- b) Considera a possibilidade de mudança
- c) Esta indeciso
- d) Quer manter a abstinência
- e) Não considera ter um problema com drogas

4. Por quais psicólogos foi desenvolvida a Entrevista Motivacional?

- a) Willan Miller e Stephen Rollnick
- b) Freud e Jung
- c) Adler e Miller
- d) Lacan e Freud
- e) Skinner e Rollnick

5. Marque um dos objetivos do terapeuta na entrevista motivacional:

- a) Ser direto
- b) Ser minucioso
- c) Afetar o desempenho do paciente
- d) Concordar com suas atitudes
- e) Explorar a ambivalência e os conflitos

6. Qual o foco da entrevista motivacional?

- a) Pessoas decididas a mudar
- b) Pessoas que estão indecisas em mudar
- c) Pessoas que já encontraram a solução do problema
- d) Pessoas depressivas
- e) Pessoas que querem ser líderes

7. Assinale uma estratégia da fase 1 da entrevista motivacional:

- a) Estimular o comportamento de uso de Spas
- b) Não provocar fases que estimulem a mudança
- c) Reforçar negativamente
- d) Não escutar
- e) Fazer perguntas abertas

8. Assinale uma estratégia da fase 2 da entrevista motivacional:

- a) Recapitular o diálogo
- b) Não informar e orientar
- c) Não negociar
- d) Fazer perguntas sem reflexão
- e) Não estipular metas

9. Cite 2 áreas que são perceptíveis utilizando a técnica da observação:

- a) Criatividade e Afetividade
- b) Raciocínio e Inteligência
- c) Memória e Afetividade
- d) Criatividade e Conduta
- e) Sensorial e Psíquica

10. A técnica também chamada de “Jogo da Escolha” possui quantas cartas?

- a) 7 positivas e 12 negativas
- b) 10 positivas e 10 negativas
- c) 13 positivas e 3 negativas
- d) 5 positivas e 5 negativas
- e) 14 positivas e 14 negativas

11. O que refletem as cartas positivas do “Jogo da Escolha”?

- a) Quem o indivíduo é feliz.
- b) Quem o indivíduo está bem financeiramente.
- c) Quem o indivíduo está bem emocionalmente.
- d) Os pensamentos e habilidades do indivíduo na tentativa da resistência às drogas.
- e) As drogas não prejudicam o indivíduo.

12. O que mostram as cartas negativas do “Jogo da Escolha”?

- a) Que o indivíduo não tem mais saída;
- b) Que o indivíduo está pronto para parar de usar drogas a qualquer hora;
- c) Que ele é mais forte que as drogas;
- d) Que ele tem motivos para continuar usando drogas;
- e) Que o indivíduo sabe quando começar a usar drogas.

13. Que tipo de pensamentos as cartas Negativas evidenciam aos usuários de substâncias psicoativas?

- a) Confiança
- b) Possibilidade de socialização
- c) Negação
- d) Introspecção
- e) Afetividade

14. No teste CAGE o que significa a letra G?

- a) Culpa
- b) Desconfiança
- c) Interesse
- d) Animado
- e) Preocupado

15. Beber demasiadamente pode levar o indivíduo a:

- a) Ter boa saúde
- b) Desnutrição
- c) Ter consciência
- d) Ter responsabilidade
- e) Ser um bom amigo

16. O teste de Fagerström é utilizado para:

- a) Medir o grau de dependência à nicotina e o álcool
- b) Medir o grau de dependência à nicotina
- c) Medir o grau de dependência à nicotina e à cocaína
- d) Medir o grau de dependência ao álcool
- e) Medir o grau de dependência ao uso de várias drogas

17. Quando o grau de dependência é considerado elevado, que pontuação é obtida na aplicação no teste FTND?

- a) 5 pontos
- b) 3-4 pontos
- c) 6-7 pontos
- d) 8-10 pontos
- e) 0-2 pontos

18. Na primeira sessão da técnica “Jogo da Escolha” quantas cartas Positivas são apresentadas?

- a) 10 na ordem numérica
- b) 12 aleatoriamente
- c) 7 na ordem numérica
- d) 7 aleatoriamente
- e) 14 na ordem numérica

19. As cartas Positivas pretendem desenvolver quais habilidades?

- a) Enfrentamento de situações de risco e aumento da autoeficácia
- b) Pensamentos comuns aos usuários de drogas
- c) Socialização e automedicação
- d) Reflexão e dúvida
- e) Capacidade de antecipar as consequências Positivas do uso de drogas

20. Quais os objetivos que o Teste DUSI-R pretende conhecer?

- a) Uso de drogas e sua relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais.
- b) Somente a quantidade de drogas consumidas.
- c) A relação familiar com o dependente.
- d) O uso de drogas injetáveis.
- e) O uso de drogas inaladas.

21. Qual área da Parte II do Teste DUSI-R avalia a relação familiar com o dependente?

- a) Área I
- b) Área III
- c) Área IV
- d) Área VIII
- e) Área VI

22. Em relação às áreas da parte II do Teste DUSI-R, assinale a alternativa correta:

- a) A Área IV avalia a relação familiar
- b) A Área V avalia a saúde
- c) A Área VIII avalia o rendimento no trabalho
- d) A Área IX avalia a autoestima
- e) A Área VI avalia o rendimento escolar

23. Conforme o que foi exposto nas aulas, é correto afirmar que:

- a) A rede SUS não tem nenhuma modalidade de tratamento ao dependente químico.
- b) É um dos objetivos dos CAPS prestar atendimentos em regime de atenção diária.
- c) Nos casos de intoxicação aguda e síndromes de abstinência grave, deve-se procurar a modalidade de hospital dia.
- d) Os CAPS I existem em municípios com mais de 70 mil habitantes.
- e) As comunidades terapêuticas têm como objetivo a redução de danos a usuário de drogas.

24. Qual modalidade atende usuário de drogas em municípios com mais de 20 mil habitantes?

- a) CAPS III.
- b) CAPS II.
- c) CAPS I.
- d) Comunidades terapêuticas.
- e) As alternativas "a", "b", "c" e "d" estão corretas.

25. Qual das alternativas é uma mudança de hábito vista na Prevenção da Recaída?

- a) Continuar com as mesmas companhias mudando apenas modo de encará-las.
- b) Abandonar a família para que não o vejam mais como usuário.
- c) Ir a festas com outros usuários, mas não usar mais a substância.
- d) Não visitar ou receber amigos que consomem drogas.
- e) Abandonar o trabalho.

26. O que é autoeficácia?

- a) a mesma coisa que auto imagem
- b) determinação
- c) insegurança
- d) habilidade para lidar com situações de risco
- e) esperança na recuperação

27. Que métodos podem ser utilizados para avaliar a SAR?

- a) Observações diretas do comportamento
- b) Descrição das recaídas passadas
- c) Autobiografia
- d) Apenas as alternativas "A e B" estão corretas
- e) As alternativas "A, B e C" estão corretas

28. Qual a característica patológica presente na família de usuários de drogas?

- a) Amar os filhos igualmente
- b) Impor limites e regras para os filhos
- c) Ter sempre a esperança na solução do problema
- d) O filho assume o papel do pai
- e) O filho respeita os pais

29. Assinale a alternativa correta:

- a) Podemos dispensar a abordagem familiar num programa terapêutico para usuários de drogas.
- b) Freud não se interessava no contexto familiar de seus pacientes.
- c) Para o desenvolvimento da terapia familiar a psicanálise não é grande contribuinte.
- d) Os grupos como Al-Anon dos A.A. surgiu em 1940.
- e) Na década de 40 crescem as terapias que focam a solução e não a causa da dependência.

**30. Assinale a alternativa que completa corretamente a frase a seguir:
Na abordagem comportamental o treinamento da solução do problema é dirigido:**

- a) Não importa a definição do problema
- b) Pela avaliação somente das desvantagens de cada solução
- c) Para listar todos os "palavrões" que o jovem usa para se manifestar
- d) Como plano de ação a partir da escolha da solução
- e) Para esquecer os problemas que estão ocorrendo

31. Qual a abordagem terapêutica que possibilita a solidariedade e ajuda mútua entre famílias de D.Q.?

- a) Psicoterapia de casal
- b) Grupos de multifamiliares
- c) Biodança
- d) Psicoterapia familiar
- e) Grupos de pares

32. No início do século XIX Pinel organizou o espaço asilar de maneira:

- a) Classificatória
- b) Indefinida
- c) Definida
- d) Alusiva
- e) Estática

33. Dos quais países são os principais protagonistas de um movimento de reforma psiquiátrica?

- a) Rússia, Polônia, Itália e França.
- b) França, Inglaterra, Itália e Estados Unidos.
- c) Alemanha, Noruega, França e Dinamarca.
- d) Brasil, Cuba, México e Argentina.
- e) Inglaterra, Suécia, Suíça e Polônia.

34. A partir de 1985 em Liverpool, os dependentes passaram a dispor de uma grande variedade de serviços, incluindo:

- a) Uso comunitário de seringas.
- b) Uso sem controle da heroína e cocaína.
- c) Serviços de aconselhamento, emprego e moradia.
- d) Tratamento sem desintoxicação.
- e) Nenhuma das alternativas está correta.

35. São sintomas de Abstinência:

- a) Tremores, náuseas e sudorese.
- b) Sensibilidade ao som, gargalhadas e choro.
- c) Perturbação do humor, aceleração cardíaca e febre.
- d) Dor de garganta, vômitos e sudorese.
- e) Tinidos no ouvido, alucinações e tristeza.

36. Para escolher um teste adequado é preciso:

- a) Interesse e Aprendizado
- b) Confiabilidade e Validade
- c) Aplicador e Conhecimento
- d) Sigilo e Aprendizado
- e) Nenhuma das alternativas é correta

37. Qual a duração do efeito da cocaína (cheirada)?

- a) 5-10 min
- b) 10-20 min
- c) 45-60 min
- d) Muitas horas
- e) 3 horas

38. Quanto tempo leva o início da ação da cocaína quando é injetada?

- a) 1-2 min
- b) 1 hora
- c) 3-5 min
- d) 30 segundos
- e) 30 min

39. Cite uma das informações que devem existir na avaliação clínica do usuário de maconha

- a) História pessoal
- b) Amizades
- c) Escola
- d) Profissão
- e) Saúde

40. Indivíduos deprimidos estão mais propensos ao consumo de maconha por causa da:

- a) Autoconfiança
- b) Baixa autoestima
- c) Família
- d) Amizade
- e) Ansiedade

41. Qual das alternativas são processos emergenciais do apego às drogas.

- a) Vaidade, amor e carência.
- b) Respeito, responsabilidade e honestidade.
- c) Fome, sede e sono.
- d) Desejo, vontade e saudades.
- e) Dependência farmacológica, tolerância e padrões de aprendizagem e enfrentamento.

42. Cite um ingrediente ativo no aconselhamento breve eficaz:

- a) responsabilidade
- b) antipatia
- c) culpa
- d) motivação
- e) baixa autoestima

43. De que forma devem-se explorar as preocupações e opções de mudança do paciente?

- a) Fazendo perguntas ruins.
- b) Não oferecendo informações.
- c) Perguntar diretamente sobre suas preocupações.
- d) Não querer saber do passado.
- e) Não querer saber sobre o estilo de vida.

44. Dentre os elementos componentes e certas características diferenciadas da abordagem integrada estão:

- a) A centralidade da relação terapêutica e a aplicação do modelo de estágios de mudança.
- b) Uso de testes de sangue e urina.
- c) Armar armadilhas e provocar dilemas terapêuticos.
- d) Não dividir o tratamento em estágios sucessivos.
- e) As letras "a, b e c" estão corretas.

45. Quantos itens constam no questionário sobre o uso de substâncias autoadministradas?

- a) 7
- b) 10
- c) 9
- d) 8
- e) 4

46. Cite um item usado para se ter o perfil do uso de substâncias

- a) Tipos de amizades
- b) Apagamentos (blackouts)
- c) Local onde mora
- d) Tratamentos feitos
- e) As letras "a" "b" "c" e "d" estão corretas

47. Qual das alternativas é uma garantia para o trabalhador participar de um programa de prevenção ao uso de drogas?

- a) Receber o salário pontualmente
- b) A confidencialidade ao solicitar ajuda
- c) Não saber se poderá ser despedido
- d) Receber vantagens nas suas funções de trabalho
- e) Poder faltar quando quiser usar drogas

48. Quais os aspectos que podem proporcionar a abordagem da redução de danos dentro do ambiente de trabalho?

- a) Baixa da autoestima do trabalhador
- b) Aumento dos acidentes de trabalho
- c) Aumento do absenteísmo
- d) Rotatividade de mão de obra
- e) Reflexão e ampliação da consciência do trabalhador

49. Cite um mecanismo de defesa normalmente utilizado por um trabalhador usuário de álcool:

- a) Racionalização
- b) Afirmação
- c) Percepção
- d) Conjunção
- e) As letras "b" e "c" estão corretas

50. Cite um fator que deve ser considerado na história de vida do usuário:

- a) Vida funcional
- b) Vida pregressa
- c) Vida estudantil
- d) Vida familiar
- e) As letra "a" e "d" estão corretas

Currículo do professor-autor

Alceu Waldir Schultz Jr.

Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Especialista em Dependência Química, onde atua como psicólogo clínico em comunidades terapêuticas, consultório e outros centros substitutivos de atendimento, atendendo adolescentes e adultos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares.

Atualmente é professor conferencista e tutor conceitual do IFPR.

Silvia Grace de Carvalho Ribeiro

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Psicóloga Clínica no atendimento a usuários de substâncias psicoativas e de seus familiares, em consultório.

Atualmente exerce função de Autora de Livros para o IFPR, professora Web e tutora conceitual em EAD.

11 anos estudando a mente humana com base filosófica.

